Onderzoek bekostiging wijkverpleging

Eindrapportage

Januari 2016

Inhoudsopgave

1. Samenvatting

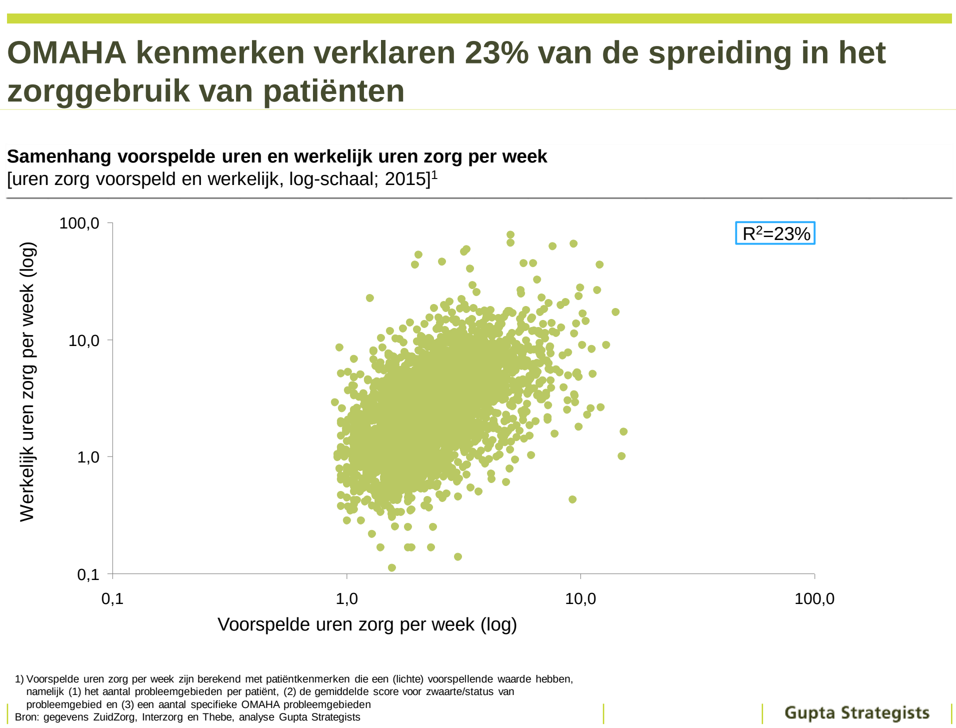
Doelstelling van dit onderzoek

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in het voorjaar van 2015 samen met veldpartijen de mogelijkheden verkend voor een bekostigingsmodel in de wijkverpleging dat zorgpakketten automatisch afleidt uit patiëntkenmerken. Deze patiëntkenmerken zijn vastgelegd in verschillende digitale verpleegkundige classificatiesystemen. Zo zou de bekostiging goed aansluiten bij de praktijk en inhoud van de zorg; met prikkels voor doelmatigheid maar zonder extra administratieve lasten voor zorgverleners.

VWS heeft Gupta Strategists gevraagd een analyse uit te voeren naar de haalbaarheid en praktische uitvoerbaarheid van deze ambitie. Wij hebben onderzocht hoe sterk de (statistische) relatie is tussen patiëntkenmerken (zoals vastgelegd in digitale classificaties) en het aantal uren geleverde zorg. Op basis van de bevindingen is ons gevraagd een advies uit te brengen over de bekostiging van de wijkverpleging.

Conclusies statistisch onderzoek naar relatie tussen patiëntkenmerken en zorggebruik

Het statistisch onderzoek naar de relatie tussen patiëntkenmerken en zorggebruik is gebaseerd op gegevens van meer dan 50.000 patiënten van vier zorgaanbieders, die allen werken met het (digitale) OMAHA systeem. Uit de voor dit onderzoek uitgevoerde regressies blijkt dat er een zwakke statistische relatie van 23% bestaat tussen patiëntkernmerken en zorginzet. De patiëntkenmerken vastgelegd in OMAHA verklaren maximaal 23% van de variatie in het *werkelijke* zorggebruik van patiënten. De uitkomsten staan weergegeven in figuur 1.



Figuur 1 – samenhang voorspelde uren zorg o.b.v. kenmerken OMAHA en werkelijke uren zorg

Wij vinden de relatie tussen patiëntkenmerken en zorggebruik niet sterk genoeg om als basis te kunnen dienen voor een bekostigingsmodel. Ter illustratie: als de productstructuur zou bestaan uit drie pakketten (licht, middel en zwaar), dan zou het model slechts 50% van de patiënten indelen in de 'juiste' groep. De patiënten in het middelste product deelt het model vaak wel goed in, maar juist de patiënten met hoge of lage zorgzwaarte zijn op basis van OMAHA kenmerken moeilijk te onderscheiden.

Naast deze inhoudelijke bevinding zijn er drie bezwaren van meer praktische aard die pleiten tegen de introductie van een bekostigingsmodel gebaseerd op patiëntclassificaties:

1. Het gebruik van digitale classificaties in de wijkverpleging groeit snel, maar is nog in ontwikkeling. Voedingsbodem voor deze snelle groei is de intrinsieke motivatie bij zorgorganisaties en zorgmedewerkers om vanuit de <u>inhoud</u> meer te <u>leren</u> over de relatie tussen patiëntprofielen, interventies en uitkomsten. Dit is nog grotendeels onontgonnen terrein. Wij verwachten dat het (op korte termijn) verplichten van een classificatiesysteem met een <u>directe</u> koppeling aan financiën de huidige motivatie tot registratie zal doen verdwijnen.
2. Het tweede bezwaar is dat het bekostigingsmodel uitgaat van een zogenaamde 'kernset' patiëntkenmerken, gevoed vanuit <u>verschillende</u> classificatiesystemen. De haalbaarheid hiervan is echter nog ongewis en vergt nader onderzoek. Het zou onmogelijk kunnen blijken om tot een betrouwbare en statistisch robuuste '*mapping*' tussen verschillende classificatiesystemen te komen. In deze is een parallel te trekken met de bekostiging van de ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen gebruiken dezelfde systematiek om hun verrichtingen in vast te leggen; in de wijkverpleging zouden in het beoogde model verschillende classificatiesystemen naast elkaar bestaan.
3. Het derde bezwaar is de complexe, risicovolle en dure implementatie van de noodzakelijke ICT. Er is een betrouwbare ICT infrastructuur nodig, waarin de verpleegkundige een patiëntprofiel vastlegt, met vervolgens een automatische vertaling naar een 'kernset' voor elke aanbieder en patiënt, van waaruit de producten worden afgeleid die als declaratie naar de zorgverzekeraar gaan. De classificatiesystemen zijn hier nu niet primair voor gebouwd en deze keten moet nog worden ontwikkeld. Dit zal aanzienlijke kosten met zich mee brengen, al is een IT-audit nodig om tot een exacte schatting te komen.

Advies: vanwege (A) de bevinding dat er een zwakke statistische relatie bestaat tussen OMAHA patiëntprofielen en zorggebruik en (B) de drie beschreven bezwaren van meer praktische aard, adviseren wij <u>tegen</u> de introductie van een bekostigingsmodel dat zorgpakketten automatisch afleidt uit digitale patiëntclassificaties.

Alternatief: eenvoudig bekostigingsmodel en ambitieuze inhoudelijke ontwikkelagenda

De wijkverpleging is in transitie, onder andere door het werken in kleinschalige wijkteams, het versterken van de rol van de (wijk)verpleegkundige en de snelle groei in het gebruik van digitale classificatiesystemen. Als bekostiging gebaseerd op automatische afleiding uit patiëntclassificaties niet haalbaar is, wat is dan het beste alternatief om de transitie in de wijkverpleging te ondersteunen?

Daarvoor zijn drie thema's van belang: belonen van goede kwaliteit van zorg (de baten), stimuleren van efficiënte zorg (beheersen van integrale kosten, dus ook de zorgduur en prevalentie van zorg) en inzicht in patiëntprofielen als basis voor verbeteren van interventies en begrip van de *casemix* per zorgaanbieder.

Wij constateren echter dat het niet haalbaar is om deze elementen direct te vatten in de bekostiging: de prestaties zoals de NZa die vaststelt. Neem als voorbeeld de duur van de zorg voor een patiënt. Dit is een belangrijke drijver van integrale zorgkosten – hoe langer iemand in zorg is, hoe duurder de zorg. Het zou passend zijn om organisaties te belonen die er in slagen zorg af te bouwen door een patiënt zo snel mogelijk zelfredzaam te maken. Het is alleen bijna niet haalbaar om zorgduur direct onderdeel te maken van een door de NZa gedefinieerde zorgprestatie, omdat de zorgduur zeer sterk uiteen loopt en moeilijk voorspelbaar is. Het is uiteraard wel mogelijk om de zorgduur gestructureerd te meten en op te nemen in de aparte prestatie "Beloning op Maat". Kortom: in plaats van alle indicatoren te willen vatten in de bekostiging – waardoor het systeem steeds ingewikkelder wordt en de administratieve lasten toenemen – is ons advies de bekostiging eenvoudig te houden en daarnaast een ambitieuze ontwikkelagenda neer te zetten om de innovatie, kwaliteit en transparantie in de sector te ondersteunen. Juist door deze agenda goed uit te voeren kan de bekostiging eenvoudig blijven.

Voor een eenvoudig bekostigingsmodel bestaan vier opties:

1. één uurtarief (afschaffing huidige producten PV, VP, etc., maar nog wel declareren van uren zorg)
2. één weekpakket, ongeacht zorgzwaarte van de patiënt (dus niet meer belonen voor uren zorg)
3. een klein aantal weekpakketten o.b.v. doelgroepen, in te delen door de wijkverpleegkundige (dus niet meer belonen voor uren zorg)
4. drie weekpakketten o.b.v. ingezette uren zorg en deskundigheidsniveau.

Model 1 (één uurtarief) is het eenvoudigst in te voeren, maar heeft als groot nadeel dat het net als het huidige model een **productieprikkel** geeft om meer uren zorg te leveren. Model 2 (één weekpakket), model 3 (één weekpakket per doelgroep) en 4 (drie weekpakketten o.b.v. uren) geven deze prikkel niet of in veel mindere mate en bieden daardoor meer ruimte aan zorgaanbieders voor innovatie en belonen daarmee doelmatige zorg. Dit is een zwaarwegend voordeel van alle modellen gebaseerd op weekprestaties.

De modellen 2 (één weekprestatie) en 3 (weekprestaties per doelgroep)[1] hebben als nadeel dat ze kunnen leiden tot **onderbehandeling** van zware patiënten, doordat aanbieders een gemiddeld tarief betaald krijgen ongeacht de zorgzwaarte van de patiënt. Het risico op onderbehandeling is klein in model 4 met drie weekprestaties en afwezig in de modellen gebaseerd op uurtje factuurtje.

---

[1] De doelgroepen hebben bijna hetzelfde gemiddelde aantal uren zorg per week, zo blijkt uit onderzoek van Nicole Koster o.b.v. gegevens Buurtzorg per doelgroep. Uitzondering is de doelgroep palliatief, voor die is het gemiddelde een factor drie tot vier hoger. Terwijl het gemiddelde bijna gelijk is, bestaat er een grote variatie in de zorgzwaarte binnen een groep. Gevolg is dat de effecten van bekostiging op doelgroepen sterk lijken op de prikkels van het model met één weekprestatie.

Het risico op ***gaming*** bestaat in alle modellen, al verschilt de vorm. In de huidige bekostiging hebben zorgaanbieders een prikkel om relatief dure zorgproducten te declareren. In de modellen 2 (één weekprestatie) en 3 (weekprestaties per doelgroep) is er een onwenselijke prikkel om lichte patiënten in zorg te nemen; zorgaanbieders krijgen immers voor elke patiënt hetzelfde weektarief. In het model 4 met drie weekprestaties bestaat het risico op *upcoding*: vlak bij de urengrens van een nieuw zorgpakket is het aantrekkelijk om net wat meer zorg te leveren om zo een duurder zorgpakket te kunnen declareren. Zorgverzekeraars kunnen dit risico beheersen door (a) afspraken te maken met zorgaanbieders over de verdeling van patiënten over de producten licht – middel – zwaar en (b) gedegen controle uit te voeren op basis van inzicht in de werkelijke levering van zorg per patiënt. Hiervoor is het meeleveren van de werkelijke uren in de declaratie een randvoorwaarde.

De gevolgen voor **administratieve lasten** van de modellen zijn over het algemeen gunstig. Handmatig bijhouden van aparte producten zoals in de huidige bekostiging is in alle gevallen niet meer nodig. Wel kunnen de modellen 2 met één weekprestatie en 3 met weekprestaties per doelgroep leiden tot een bewerkelijk zorginkoopproces, omdat veel aanbieders fors afwijken van het gemiddelde aantal uren zorg per week met als gevolg veel individuele onderhandelingen.

Het **transitierisico voor zorgaanbieders** is het grootste in de modellen 2 (één weekprestatie) en 3 (weekprestatie per doelgroep). Uit analyse van de verschillen tussen zorgaanbieders in het gemiddelde uren zorg per week blijkt dat schommelingen kunnen oplopen tot meer dan 50%, vooral voor de kleinere zorgaanbieders. Hierdoor bestaat ook het risico dat kleine en / of gespecialiseerde zorgaanbieders moeilijk kunnen toetreden, omdat zij daarvoor een afwijkend tarief moeten afspreken met verzekeraars terwijl ze nog geen patiëntpopulatie hebben opgebouwd. Het model 1 gebaseerd op één uur-prestatie en het model 4 met drie weekprestaties geven veel kleinere financiële risico's in de transitie.

Advies bekostigingsmodel: wij adviseren om model 4 in te voeren, waarin drie weekprestaties (licht, middel en zwaar) zijn afgeleid uit de geleverde uren zorg en het opleidingsniveau van de medewerker. Dit model kent wel een risico op upcoding; dit is echter met de juiste maatregelen in de zorginkoop te beperken. Wij adviseren <u>tegen</u> de invoering van modellen 2 (één weektarief) en 3 (één weektarief per doelgroep), omdat de risico's op onderbehandeling en omzetschommelingen voor zorgaanbieders onacceptabel hoog zijn en het voor kleine zorgaanbieders met een zware patiëntmix moeilijk zal zijn om kostendekkende tarieven af te spreken.

Advies ontwikkelagenda: wij adviseren om een ambitieuze ontwikkelagenda op basis van drie thema's neer te zetten waar alle veldpartijen zich aan committeren. Juist door deze agenda goed uit te voeren kan de bekostiging eenvoudig blijven. Eerste thema is het versterken van de zorginhoud door richtlijnen te verbeteren, inzicht in de waarde van interventies te vergroten en kennisnetwerken binnen de wijkverpleging en met de eerste lijn op te zetten. Het tweede thema is het verbeteren van de processen om de transitie te ondersteunen, onder andere door verdere uitrol van digitale patiënt-classificaties, ontwikkeling van nieuwe stuurinstrumenten, praktische beslisondersteuning en

afspraken over zorginhoudelijke informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het derde thema is meetbaar maken en effectief ontsluiten van patiëntervaringen.

Inhoud van voorgestelde bekostigingsmodel

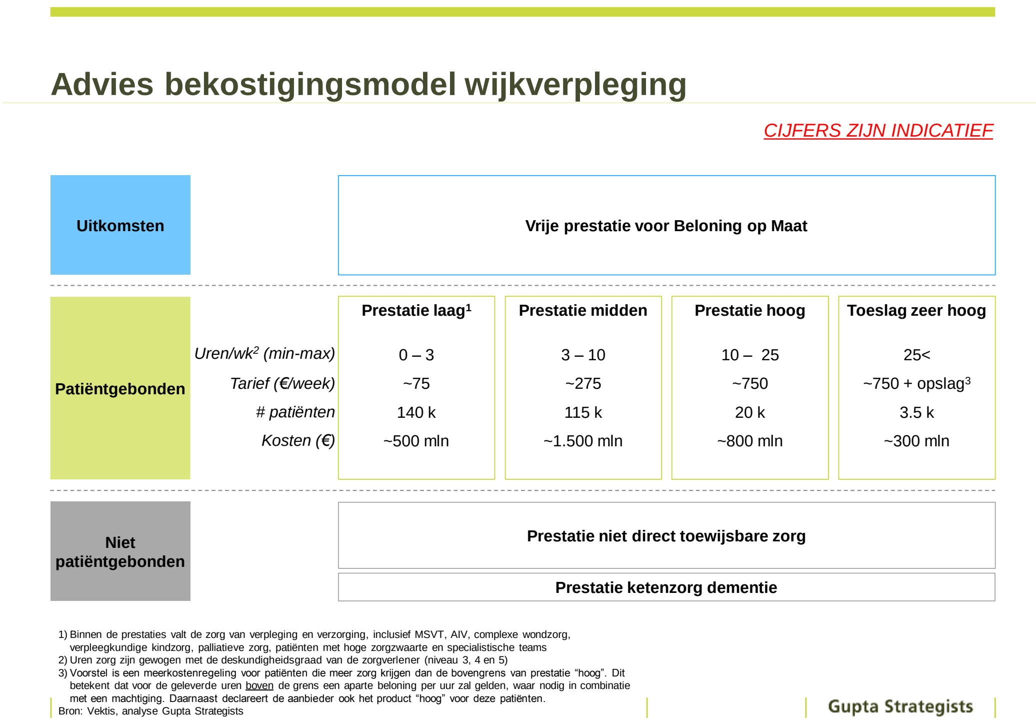
Wij adviseren om de direct aan patiënten toewijsbare zorg te bekostigen met drie weekprestaties licht, middel en zwaar. Zorgaanbieders leiden deze prestaties (automatisch) af uit de werkelijk geleverde uren, gewogen naar het opleidingsniveau van de ingezette zorgverleners. De prestaties omvatten alle direct patiëntgebonden zorg, inclusief de huidige aparte prestaties AIV en MSVT. Als een patiënt meer zorg krijgt dan de bovenkant van de bandbreedte van de zwaarste prestatie, dan is het mogelijk deze meer-uren te declareren via een toeslag op basis van uren.

De NZa stelt per prestatie een maximum tarief vast. Verder adviseren wij dat zorgaanbieders de werkelijk geleverde uren meesturen in de declaratie, zodat zorgverzekeraars bijvoorbeeld eventueel risico op *upcoding* kunnen signaleren. De werkelijk geleverde uren zijn ook relevant voor inzicht in de zorgkosten per doelgroep.

Daarnaast adviseren wij de huidige aparte prestaties voor regiefunctie complexe wondzorg, wijkgerichte zorg (S1) en beschikbaarheidsvoorzieningen op te laten gaan in een algemene vrije prestatie voor de niet direct aan patiënten toewijsbare zorg. Dit voorkomt een 'kerstboom' aan aparte prestaties en geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om afspraken te maken over onderdelen van de wijkverpleging die belangrijk zijn voor de zorginfrastructuur maar niet direct aan individuele patiënten toewijsbaar zijn. Vanwege de gewenste afstemming en samenwerking in de regio lijkt inkoop via representatie of een volgmodel de meest passende werkwijze voor de niet-toewijsbare zorg. De vraag is echter of dit wordt toegestaan door de ACM, die toeziet op de naleving van de Mededingingswet. Wij verwachten echter dat het ook zonder volgmodel of representatie mogelijk is om tot een passende lokale invulling te komen van de niet direct patiëntgebonden zorg. Immers, als zorgverzekeraars meerwaarde zien voor hun verzekerden van deze zorg, dan zullen ze die contracteren. Naast de generieke prestatie adviseren wij een aparte prestatie voor de ketenzorg dementie te behouden; voor deze groep is het van belang dat de infrastructuur voor goede zorg apart geborgd is en de financiering transparant.

Wij adviseren de prestatie 'Beloning op Maat' te behouden. Deze vrije prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om afspraken te maken over zorguitkomsten of vormen van innovatie.

Verder adviseren wij om geen nieuwe prestaties te introduceren. Er zijn op dit moment verschillende doelgroepen die vanuit de wijkverpleging worden bekostigd, denk aan palliatieve patiënten of zorg geleverd door specialistische verpleegkundige teams. Ons uitgangspunt is dat deze zorg behoort tot het totale en diverse palet van wijkverpleegkundige zorg en daarom in de basisbekostiging hoort. Door uitzonderingen te creëren wordt de bekostiging administratief complex en minder transparant. Figuur 2 vat het voorgestelde model samen.



Figuur 2: samenvatting advies bekostigingsmodel wijkverpleging

2. Inleiding

Sinds 1 januari 2015 vallen extramurale verpleging en verzorging niet meer onder de AWBZ, maar onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om te komen tot een toekomstbestendige bekostiging verkende VWS in het voorjaar van 2015 welke mogelijkheden er zijn voor een nieuw bekostigingsmodel; de uitkomst hiervan is het rapport ‘Contouren voor bekostiging wijkverpleging’. Dit rapport stelt dat patiëntkenmerken automatisch zijn af te leiden uit de informatie die is vastgelegd in verschillende digitale, verpleegkundige classificatiesystemen. En dat deze patiëntkenmerken de basis kunnen zijn voor stabiele prestaties, onder de aanname dat er een voldoende sterk statistisch verband is tussen patiëntkenmerken en zorggebruik. De gedachte achter dit model is om de bekostiging goed te laten aansluiten bij de praktijk en inhoud van de zorg, zonder extra administratieve lasten voor zorgaanbieders.

VWS heeft Gupta Strategists gevraagd een analyse uit te voeren naar de haalbaarheid van deze ambitie in de praktijk. Dit onderzoek is gebaseerd op statistische analyse van meer dan 50.000 patiëntdossiers van vier zorgaanbieders. Dat is op zichzelf een uitzonderlijk gegeven: veel systemen voor bekostiging in Nederland zijn primair ontwikkeld vanuit *expert opinion*.

Dit document beschrijft in hoofdstuk 3 de resultaten van de haalbaarheidsstudie en het antwoord op de vraag of er een betrouwbare samenhang bestaat tussen patiëntkenmerken en zorggebruik. Hoofdstuk 4 beschrijft ons advies voor een eenvoudig bekostigingsmodel en gezamenlijke veranderagenda. Hoofdstuk 5 beschrijft de nadere uitwerking van het geadviseerde bekostigingsmodel. De bijlage bevat de nadere onderbouwing van de voor- en nadelen per bekostigingsmodel (B.I), de toelichting op het voorgestelde aantal prestaties (B.II) en de berekening van de grenzen per prestatie (B.III).

3. Onderzoek haalbaarheid bekostiging op basis van classificatiesystemen

3.1 Doelstelling is om relatie tussen patiëntkenmerken en zorgzwaarte te bepalen

Het doel van dit kwantitatieve onderzoek is om te bepalen of er samenhang bestaat tussen patiëntkenmerken en het aantal geleverde uren zorg en zo ja, of deze samenhang betrouwbaar genoeg is om als basis te dienen voor een bekostigingsmodel. De achterliggende vraag is: in hoeverre kunnen geregistreerde patiëntkenmerken het zorggebruik voorspellen? Als dat in voldoende mate het geval is, dan is het mogelijk om op basis van patiëntkenmerken (financiële) prestaties af te leiden die recht doen aan de zorgvraag van de patiënt.

Voor dit onderzoek werkten wij samen met prof. dr. Job van der Palen en drs. Nicole Koster van de Universiteit Twente, onderzoekers van classificatiesystemen in de wijkverpleging en specifiek het gebruik van OMAHA. Ook hebben we experts gesproken op het gebied van andere classificatiesystemen (RAIview, Nanda/Nic/Noc, ICF) en de relatie tussen patiëntkenmerken en zorggebruik.

3.2 Onderzoek o.b.v. OMAHA data en declaraties van 50 duizend patiënten van vier aanbieders

In deze paragraaf beschrijven we de gegevens op basis waarvan we de relatie tussen patiëntkenmerken en zorggebruik hebben gekwantificeerd. We lichten toe aan welke voorwaarden de gegevens moesten voldoen voor inclusie in het onderzoek, welke classificatiemethode er is gebruikt en hoe de patiëntkenmerken zijn vastgelegd.

Voor inclusie in onderzoek moeten gegevens gestructureerd en digitaal beschikbaar zijn

Om patiëntkenmerken grondig en op grote schaal te kunnen analyseren, is het van belang dat ze digitaal én gestructureerd (gecodeerd) zijn vastgelegd. *Digitale* gegevens zijn nodig om snel analyses voor een grote groep patiënten te kunnen uitvoeren. *Gestructureerde* gegevens, bijvoorbeeld volgens een classificatiemethode, maken het mogelijk om groepen patiënten met dezelfde kenmerken (bijvoorbeeld patiënten met circulatieproblemen) eenduidig te identificeren en te bepalen of deze groep patiënten meer of minder zorg ontvangen hebben dan andere groepen. In tekst vastgelegde zorgplannen zijn niet goed analyseerbaar, omdat op basis van deze gegevens niet dezelfde type patiënten zijn te identificeren. Zo gebruiken verpleegkundigen in vrije tekstvelden verschillende woorden om aan te duiden dat de patiënt circulatieproblemen heeft. In dit onderzoek zijn daarom alleen gestructureerde digitale gegevens gebruikt.

Er bestaan diverse classificatiesystemen in de wijkverpleging

In de wijkverpleging zijn op dit moment meerdere classificatiemethoden in gebruik. Zo is er de OMAHA systematiek, de NANDA-I/NIC/NOC classificatie en het RAIview instrument. Daarnaast bestaat er nog een aantal door aanbieders zelf ontwikkelde classificaties. Deze methoden leggen op verschillende manieren kenmerken van een patiënt vast. Zo helpen ze de wijkverpleegkundige om de problemen van de patiënt

te structureren, beter te begrijpen en de verbetercyclus te ondersteunen. Ze geven houvast bij verlenen van zorg en geven inzicht in de ontwikkeling van de patiënt over tijd.

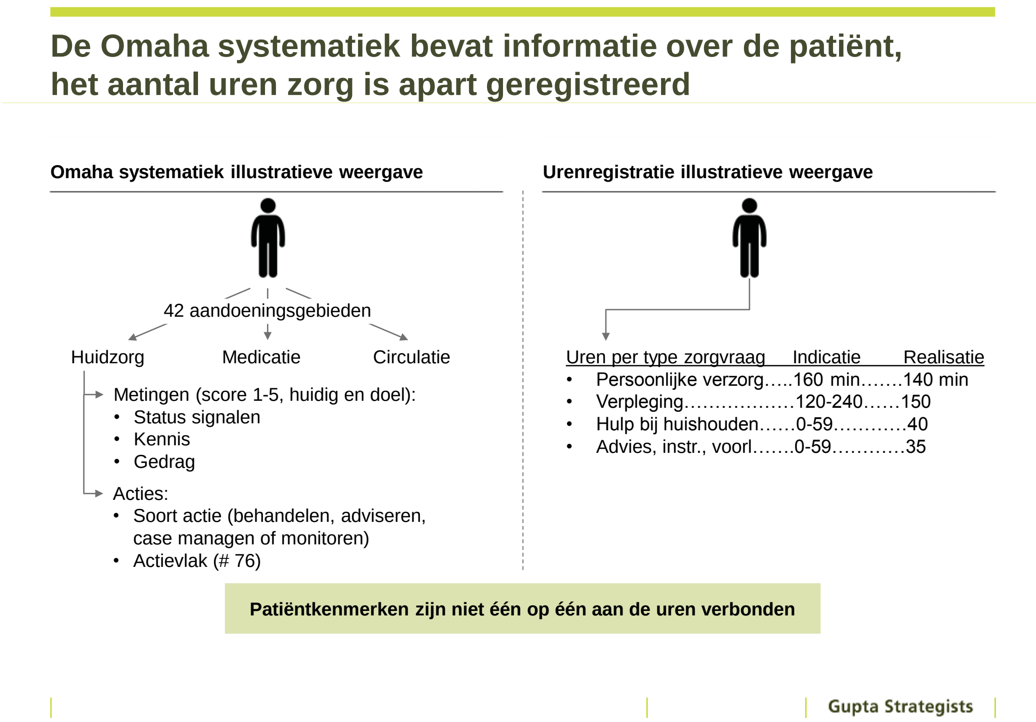
Op moment uitvoering onderzoek is alleen OMAHA bij voldoende aanbieders beschikbaar

Voor dit onderzoek zijn alleen gegevens van het OMAHA classificatiesysteem gebruikt. Digitale gegevens uit andere classificatiesystemen waren ofwel in het geheel niet beschikbaar, ofwel niet (tijdig) beschikbaar voor dit onderzoek. Vanaf 1 januari 2015 is een aantal zorgaanbieders begonnen om patiënten digitaal vast te leggen volgens het OMAHA systeem. Buurtzorg legt al langere tijd patiëntkenmerken digitaal vast op deze manier. Digitale registratie van de NANDA-I/NIC/NOC systeem is nu in ontwikkeling en nog niet beschikbaar voor dit onderzoek. Het aantal zorgaanbieders dat patiëntkenmerken digitaal vastlegt op basis van RAIview is beperkt. Wij stellen vast dat het gebruik van digitale patiëntendossiers nog volop in ontwikkeling is.

Het OMAHA systeem legt kenmerken van de patiënt gestructureerd vast

Figuur 3 geeft inzicht in de manier waarop de verpleegkundige patiëntkenmerken vastlegt in het OMAHA systeem. Ten eerste legt hij vast binnen welke gebieden de patiënt problemen ondervindt. Deze gebieden, 42 in totaal, zijn ingedeeld in de vier domeinen omgeving, psychosociaal, fysiologisch en gezondheid gerelateerd gedrag. De verpleegkundige stelt vast of deze gebieden betrekking hebben op het individu, de leefeenheid of de gemeenschap en of het een actueel of potentieel probleem is. Daarnaast registreert de verpleegkundige welk van de gecodeerde signalen/symptomen betrekking hebben op de patiënt. De verpleegkundige documenteert met een score van 1 tot 5 hoe ernstig de signalen zijn die de patiënt vertoont, wat de kennis is van de patiënt over zijn/haar probleem en het gedrag dat hij/zij vertoont binnen het gebied. Ten slotte biedt het systeem de mogelijkheid om gecodeerde acties, gecodeerde actievlakken en een specificatie (vrije tekst) van de behandeling in het dossier op te nemen.

In dit onderzoek zijn naast de patiëntkenmerken uit het OMAHA systeem ook andere patiëntkenmerken meegenomen die gecodeerd waren vastgelegd. Bij één zorgaanbieder – Buurtzorg – zijn de volgende doelgroepen vastgelegd: chronisch ziek, uit het ziekenhuis ontslagen, kwetsbare oudere, dementie of palliatieve zorg. Deze variabelen zijn meegenomen in de statistische analyse.



Figuur 3: Patiëntkenmerken volgens het OMAHA systeem en geleverde uren zorg

Naast de patiëntkenmerken is ook het zorggebruik van de patiënt vastgelegd. Het zorggebruik is het aantal geleverde uren zorg per week. In dit onderzoek hebben we alleen gekeken naar de intensiteit (het aantal uren geleverde zorg per week) en niet naar de zorgduur (het aantal weken dat een patiënt zorg ontvangt). Uit een eerste statistische analyse bleek dat de zorgduur zeer moeilijk te voorspellen is op basis van patiëntkenmerken. De zorgduur zegt iets over wat een patiënt in de (verre) toekomst nodig heeft en dat is een stap ingewikkelder dan het voorspellen van de intensiteit, dat gaat meer over hoe ziek of afhankelijk een patiënt nu is. Daarom hebben wij de zorgduur niet meegenomen in dit onderzoek en alleen de voorspellende kracht van patiëntkenmerken op de intensiteit van zorg bepaald.

Het onderzoek is gebaseerd op meer dan 50 duizend patiënten van vier zorgaanbieders

Vier zorgaanbieders hebben hun gegevens beschikbaar gesteld voor dit onderzoek. Dit zijn ZuidZorg, Interzorg, Buurtzorg en Thebe. In totaal zijn meer dan 50 duizend patiënten meegenomen in de analyse. ZuidZorg is een instelling in Zuidoost-Brabant die zich alleen richt op extramurale zorg. Interzorg levert verschillende vormen van thuiszorg en ouderenzorg in de omgeving van Oss en Nijmegen. Buurtzorg is een grote thuiszorgorganisatie die actief is in heel Nederland. Thebe is als zorgaanbieder actief in Midden- en West-Brabant.

De demografische kenmerken van patiënten van de vier zorgaanbieders zijn goed vergelijkbaar. Zo ligt de gemiddelde leeftijd van patiënten tussen de 74 en 78 jaar en het percentage vrouwen rond de 60%. De patiëntkenmerken die zijn vastgelegd zijn ook op hoofdlijnen vergelijkbaar, maar er zijn wel verschillen te ontdekken. Zo registreert één aanbieder dat 47% van de patiënten neurologische en musculaire

problemen heeft, terwijl dit maar 9% is bij een andere organisatie. Deze grote verschillen zijn waarschijnlijk niet alleen te verklaren door een andere patiëntpopulatie, op basis van gesprekken met medewerkers en managers van de aanbieders en experts. De oorzaak ligt in het gebruik en de interpretatie van het OMAHA systeem. Er zijn nog onvoldoende gebruikte standaarden in de beoordeling of een kenmerk wel of niet van toepassing is. Gezien de recente start met het systeem is het niet verwonderlijk dat de verschillen bestaan; dat is juist onderdeel van het leerproces zo vlak na de introductie. Deze verschillen in registratie zijn echter niet wenselijk als op basis van informatie uit classificatiesystemen direct financiële producten afgeleid worden.

3.3 Onderzoeksmethode is regressieanalyse om de samenhang te bepalen

Deze paragraaf beschrijft de toegepaste methodes om de samenhang tussen patiëntkenmerken en zorggebruik vast te stellen. We leggen uit hoe de gegevens zijn gestructureerd voor de analyses en op basis van welke statistische methode de samenhang is gekwantificeerd.

Gegevens zijn allereerst gestructureerd in één databestand

Om de samenhang tussen patiëntkenmerken en zorggebruik te bepalen zijn de patiëntkenmerken samen met het aantal uren zorg in één dataset verzameld. Zoals figuur 3 aangeeft, zijn patiëntkenmerken op een andere manier en op een ander niveau vastgelegd dan de uren. Om de kenmerken en uren zorg te vergelijken op hetzelfde niveau zijn deze op patiëntniveau in een dataset samengevat zoals weergegeven in figuur 4.

We onderzoeken de relatie tussen patiëntkenmerken en uren geleverde zorg op patiëntniveau

Tabel als basis voor analyse - Illustratief

Patiëntkenmerken					Geleverde zorg
Nr patiënt	SES/leeftijd/geslacht	Omaha gebieden	Metingen	Acties	Realisatie
291029	laag – 75 – man	Fysiologisch & omgeving	Score 2.3	Adviseren & behandelen	180 minuten
324958	laag – 70 – man	Fysiologisch	Score 3.1	Behandelen	80 minuten
923849	laag – 80 – vrouw	Gezondheid	Score 3.5	Adviseren	45 minuten

? ? ?

In hoeverre hangen patiëntkenmerken samen met het aantal geleverde uren zorg?

Gupta Strategists

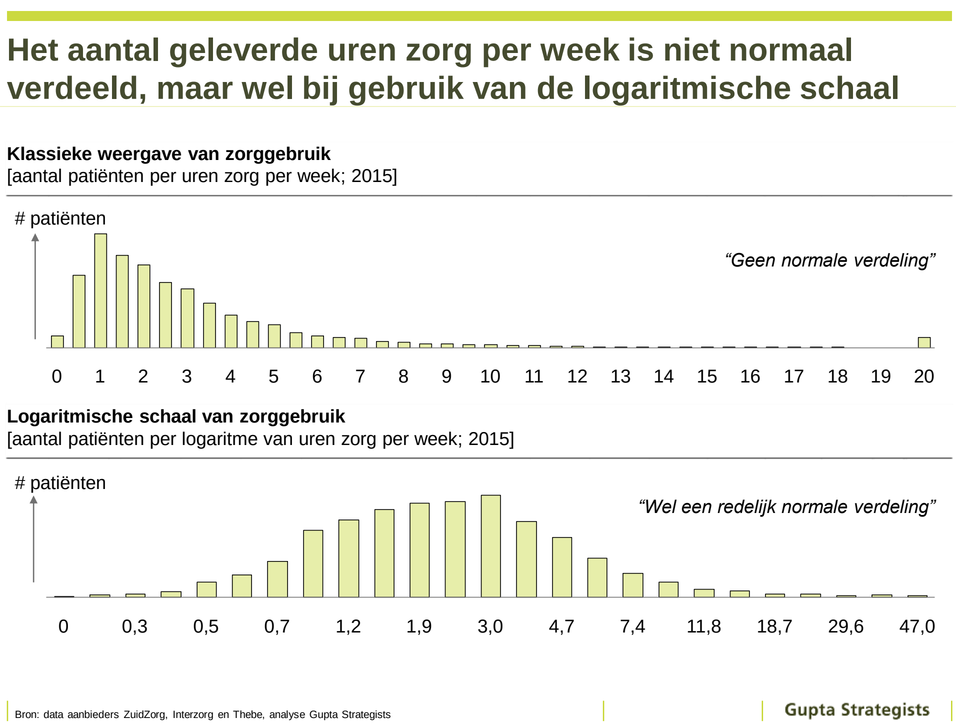
Figuur 4: vereenvoudigde weergave van bepalen relatie tussen kenmerken en uren zorg

Vervolgens is de statistische samenhang in twee stappen bepaald

De statistische samenhang is in twee stappen bepaald. Ten eerste is gekeken of er samenhang bestaat tussen afzonderlijke patiëntkenmerken (de groene kolommen in figuur 4) en het aantal uur zorg per week (de oranje kolom). Deze relatie is onderzocht met de correlatiecoëfficiënt. Vervolgens is de samenhang tussen meerdere kenmerken samen en het zorggebruik onderzocht met een lineair regressiemodel, namelijk de kleinstekwadratenmethode. Hiermee is het mogelijk te bepalen hoe sterk de relatie is van kenmerken met het zorggebruik en of deze significant is.

In totaal hebben wij 76 verschillende patiëntkenmerken onderzocht. Dit zijn gegevens die gestructureerd zijn vastgelegd binnen OHAMA en daarnaast demografische kenmerken zoals leeftijd, geslacht en sociaal economische status. Alle 76 kenmerken samen leveren niet de hoogste statistische samenhang op, omdat groepen met dezelfde kenmerken dan erg klein worden. Statistisch gezien is een groot aantal kenmerken dan niet significant. Uiteindelijk vonden we dat een combinatie van 19 patiëntkenmerken (bestaande uit het aantal OMAHA gebieden, de toegekende scores op de probleemgebieden en een aantal specifieke OMAHA gebieden) de hoogste samenhang oplevert met het aantal uren zorg per week.

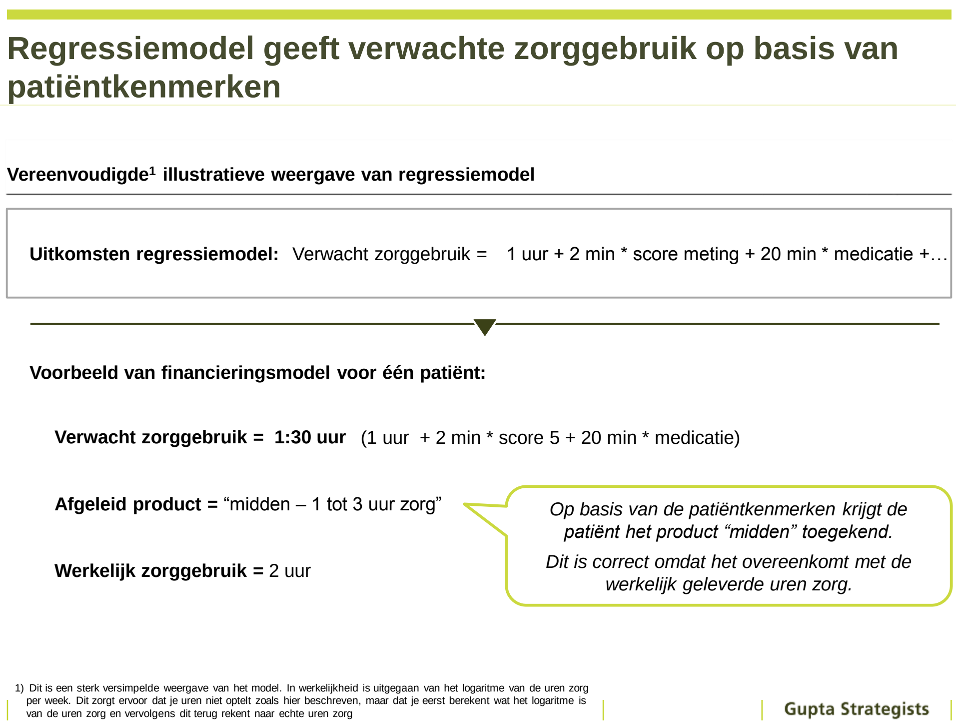
Om het regressiemodel robuuster te maken is het *logaritme* van het aantal uren zorg per week gebruikt. Een regressiemodel werkt het beste als kenmerken "normaal" zijn verdeeld. In figuur 5 is te zien dat het aantal uren zorg per week niet "normaal" is verdeeld (geen symmetrische belcurve), maar sterk kan verschillen tussen patiënten (een curve met een lange staart). De meeste patiënten krijgen tussen de 0.5 en 7 uur zorg per week. Er is echter ook een grote "staart" van patiënten die veel meer zorg krijgen dan 7 uur per week. We gebruiken een log-transformatie van de uren zorg, om te komen tot een betere normaalverdeling, zoals geïllustreerd in figuur 5.



Figuur 5: verdeling van patiënten bij klassieke weergave en bij logaritmische schaal van uren zorg per week

Met regressiemodel is verwachte zorggebruik te berekenen voor het bekostigingsmodel

Het regressiemodel geeft naast een uitkomst voor de samenhang ook de mogelijkheid om te bepalen wat het verwachte zorggebruik is van een patiënt op basis van zijn of haar kenmerken. Hiermee is een bekostigingsmodel te ontwikkelen. Het regressiemodel maakt namelijk gebruik van een formule die aangeeft hoe het zorggebruik afhangt van de patiëntkenmerken, zoals weergegeven in figuur 6. Het verwachte zorggebruik is bijvoorbeeld een startwaarde van 1 uur zorg plus 2 minuten keer de score die is geregistreerd plus 20 minuten als het gebied "medicatie" is geregistreerd, enzovoort. Zo verwachten we voor een voorbeeld patiënt dat er 1 uur en 30 minuten zorg nodig is en krijgt de patiënt het product "midden – tussen 1 tot 3 uur zorg" toegewezen. Als de patiënt uiteindelijk 2 uur zorg heeft ontvangen is het correcte product op basis van de classificatie voorspeld. De uitkomst van het regressiemodel kan op deze manier in theorie de basis zijn voor een bekostigingsmodel dat met patiëntkenmerken het aantal uren zorg inschat en zo <u>per patiënt</u> een product toekent. Om te bepalen of het model betrouwbaar genoeg is, berekenen we hoe vaak het *verwachte* zorggebruik en daarmee het toegekende product overeen komt met het *werkelijke* zorggebruik. Anders gezegd, hoe vaak krijgen patiënten op basis van hun kenmerken het juiste product (weinig, middel en veel zorg)?



Figuur 6: Illustratieve weergave van bekostigingsmodel dat gebaseerd is op uitkomsten van het regressiemodel

3.4 Uit model blijkt dat patiëntkenmerken ~23% variatie zorggebruik verklaren

Deze paragraaf beschrijft de resultaten van de analyse in twee stappen. Allereerst bespreken we de gevonden samenhang tussen patiëntkenmerken en zorggebruik door het berekenen van correlaties en het doen van regressieanalyse. Vervolgens kijken we of het regressiemodel op basis van de patiëntkenmerken

geschikt is voor een bekostigingsmodel, door te bepalen hoe vaak patiënten het correcte product krijgen toebedeeld.

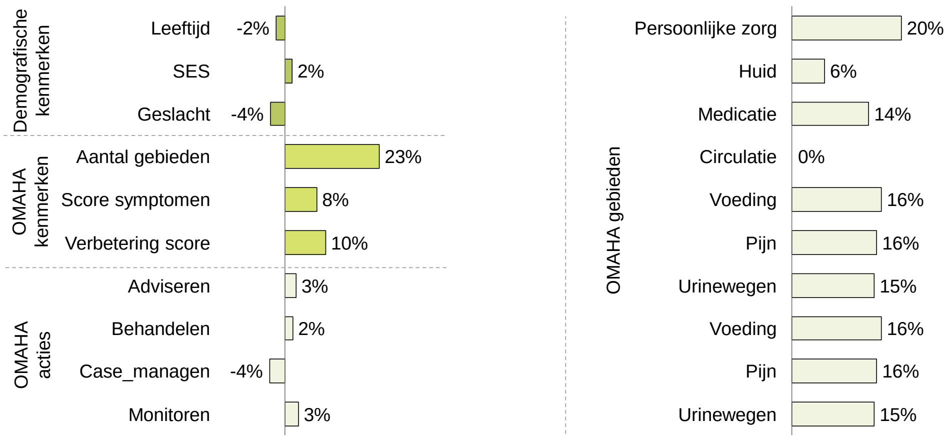
De patiëntkenmerken verklaren 23% van de variatie in het zorggebruik

Figuur 7 toont de samenhang tussen individuele patiëntkenmerken en het zorggebruik per patiënt. De correlatiecoëfficiënt ligt tussen de 0% en 23%. Hieronder gaan we nader in op bepaalde patiëntkenmerken die opvielen, van alle 76 patiëntkenmerken die zijn onderzocht.

Opvallend is dat kenmerken als leeftijd, geslacht en sociaal economische status (SES) bijna geen samenhang hebben met het aantal uren zorg per week. Nader onderzoek wijst uit dat deze kenmerken wel samenhangen met de duur van de zorgverlening. De algemene verwachting dat oudere patiënten meer zorg gebruiken klopt dus wel, alleen is de intensiteit niet hoger als patiënten ouder zijn, zie figuur 8. De grootste samenhang vinden we voor het aantal OMAHA gebieden dat is geregistreerd per patiënt. Daar vinden we een correlatie coëfficiënt van 23%. Figuur 9 laat zien, dat het gemiddeld aantal uur zorg hoger is bij een hoog aantal OMAHA gebieden. Wat verder opvalt, is dat de type actie “case managen” enigszins samenhangt met minder uren zorg per week (een negatieve correlatie coëfficiënt) en dat “behandelen” samenhangt met meer zorg. Dat strookt met de intuïtieve gedachte dat een zorgverlener minder tijd kwijt is aan case-managen dan aan behandelen. Dit beeld is echter niet consistent voor alle zorgaanbieders, wat kan komen door verschillende manieren van registreren of verschillende behandelmethoden. Wij hebben ervoor gekozen de acties uiteindelijk buiten het regressiemodel te laten, omdat we de type acties niet zien als primair patiëntkenmerk. Het is een keuze van de zorgverlener welke type behandeling zij inzet, niet een primaire zorgvraag van de patiënt. Bovendien voegde deze acties niets toe aan de uiteindelijke samenhang.

Er is een kleine samenhang van individuele kenmerken met zorggebruik zichtbaar

Relatie van parameter op het aantal uur zorg per week dat de patiënt heeft gekregen
[Correlatie van parameter vs. LOG van aantal uren per week geleverde zorg]



Bron: data aanbieders ZuidZorg, Interzorg en Thebe, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

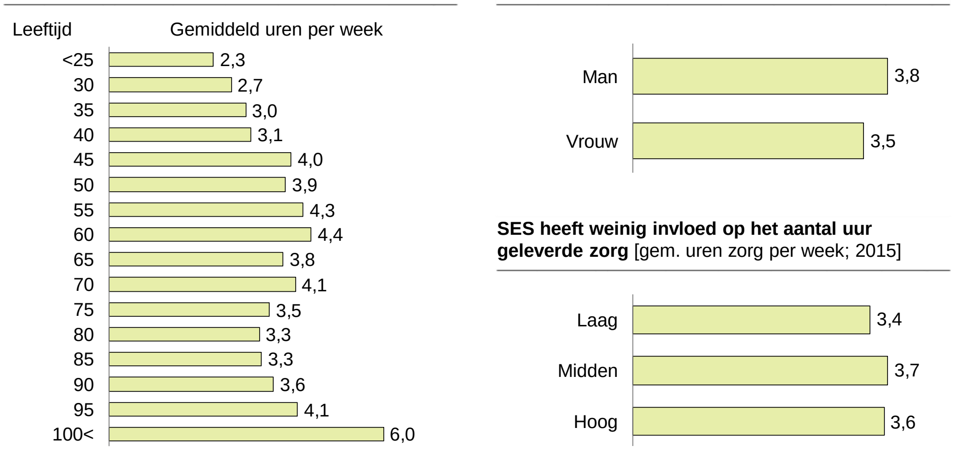
Figuur 7: Samenhang van patiëntkenmerken met zorggebruik

Demografische kenmerken lijken geen sterke relatie te hebben met zorggebruik

Leeftijd heeft geen sterke relatie met uren zorg
[gemiddeld aantal uren zorg per week; 2015]

Vrouwelijke patiënten krijgen gemiddeld iets meer uur zorg per week [gem. uren zorg per week; 2015]

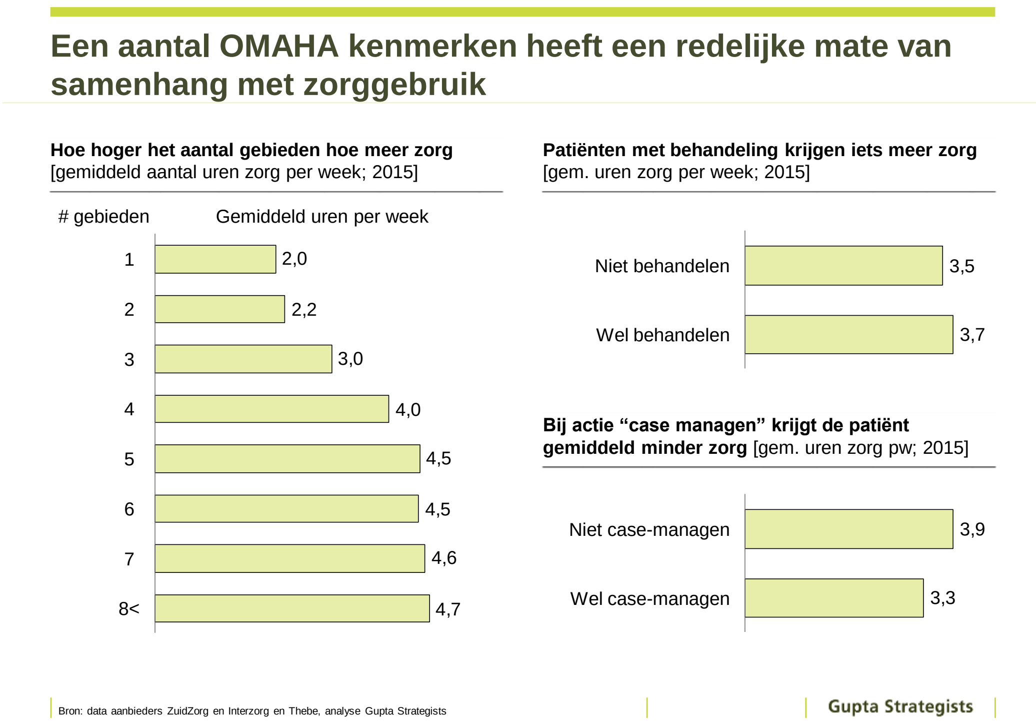
SES heeft weinig invloed op het aantal uur geleverde zorg [gem. uren zorg per week; 2015]



Bron: data aanbieders ZuidZorg en Interzorg en Thebe, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur 8: Gemiddeld aantal uur zorg per week voor verschillende groepen patiënten



Figuur 9: Het aantal OMAHA gebieden per patiënt is een relatief goed verklarend kenmerk voor het zorggebruik

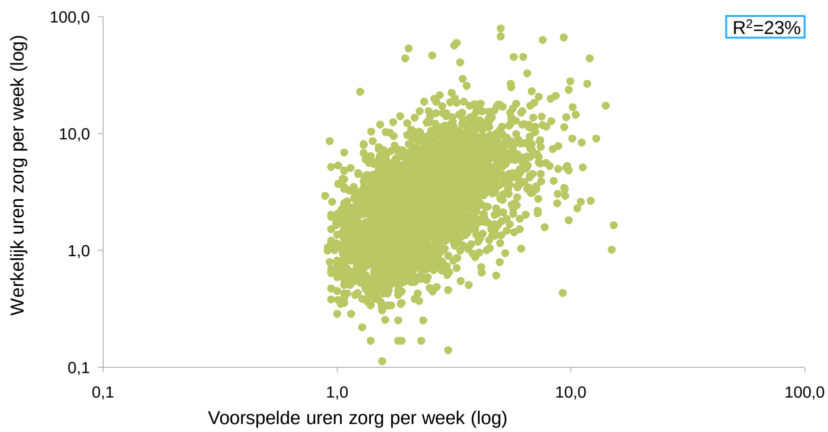
De samenhang van meerdere kenmerken samen is onderzocht met een lineair regressiemodel en gekwantificeerd met de 'R-kwadraat'. De hoogste samenhang die is gevonden op basis van een combinatie van 19 meest differentiërende kenmerken (bestaande uit het aantal OMAHA gebieden, hoogte van de scores per gebieden en een aantal specifieke OMAHA gebieden) is 23%, op basis van gegevens van ZuidZorg, Interzorg en Thebe. Deze maat beschrijft de 'verklaarde variantie', ofwel hoe goed de verklarende kracht van het model is. De R-kwadraat heeft een range van 0% tot 100%, respectievelijk geen samenhang tot volledige samenhang.

Regressiemodel kan product niet goed voorspellen: minder dan 50% correct ingeschat

Het lineaire regressiemodel geeft naast een uitkomst voor de samenhang ook de mogelijkheid om het "verwachte" zorggebruik te berekenen en hiermee de basis te vormen voor een bekostigingsmodel. De werkelijke en verwachte uren zorg kunnen we met elkaar vergelijken door beiden uit te zetten in een grafiek, zie figuur 10. Hieruit blijkt dat het op basis van de huidige patiëntkenmerken niet eenvoudig is om per patiënt het werkelijke zorggebruik te voorspellen. Bij een verwachting van 1 uur zorg per week, zien we patiënten die werkelijk 10 minuten tot 10 uur zorg hebben gekregen. Het model is dus niet goed in staat om op individueel niveau het aantal uren zorg in te schatten.

OMAHA kenmerken verklaren 23% van de spreiding in het zorggebruik van patiënten

Samenhang voorspelde uren en werkelijk uren zorg per week
[uren zorg voorspeld en werkelijk, log-schaal; 2015][1]



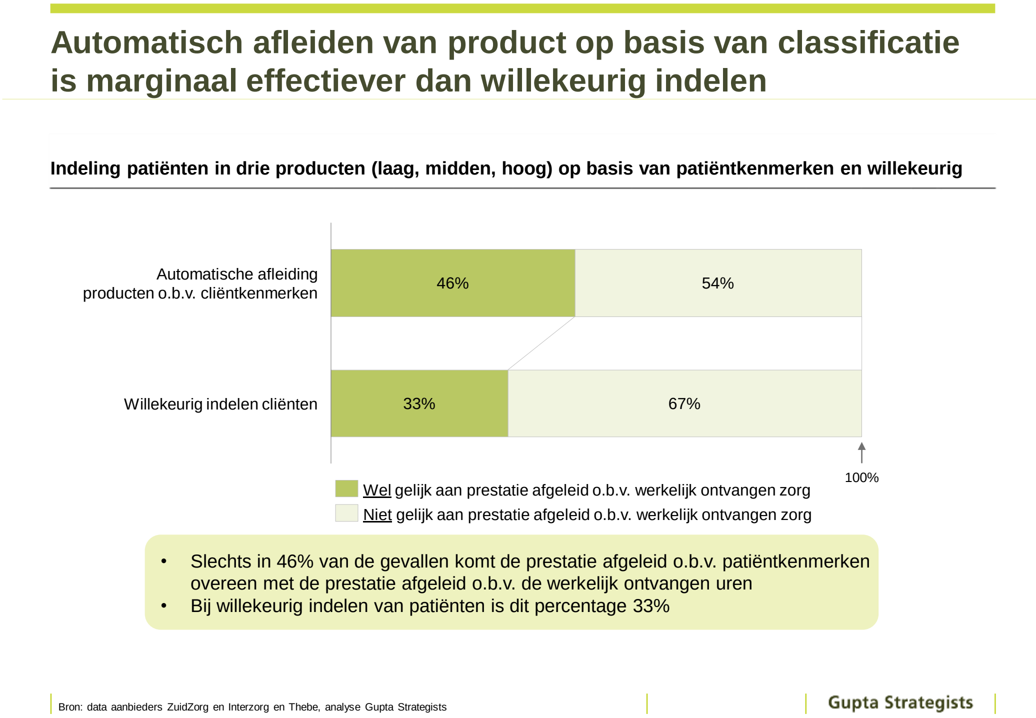
1) Voorspelde uren zorg per week zijn berekend met patiëntkenmerken die een (lichte) voorspellende waarde hebben, namelijk (1) het aantal probleemgebieden per patiënt, (2) de gemiddelde score voor zwaarte/status van probleemgebied en (3) een aantal specifieke OMAHA probleemgebieden

Bron: gegevens ZuidZorg, Interzorg en Thebe, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur 10: het verwachte zorggebruik uitgezet tegen het werkelijke zorggebruik

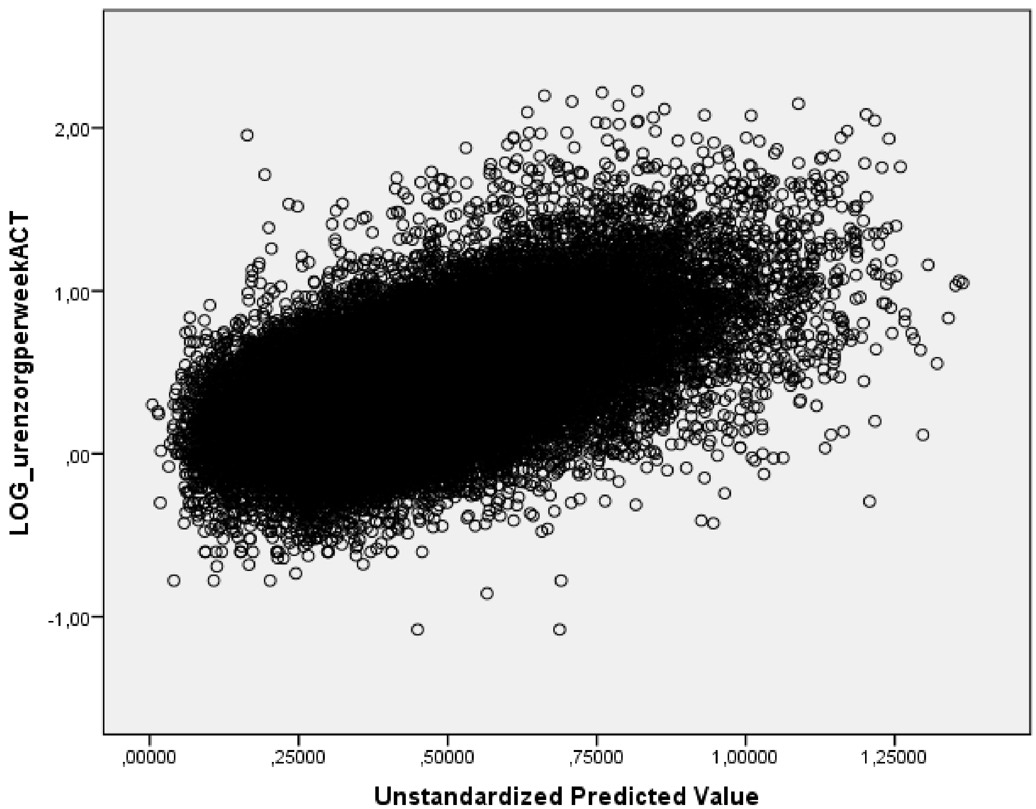
Een bekostigingsmodel zouden we kunnen afleiden uit de regressie. Met de verwachte uren zorg op basis van patiëntkenmerken kunnen we specifieke producten toedelen aan patiënten. Een conceptversie van zo’n bekostigingsmodel met drie producten (weinig – gemiddeld – veel uur zorg) is gemaakt om te testen of de uitkomsten van de regressie een goede basis zouden zijn voor de bekostiging. Uit de analyse blijkt dat het regressiemodel slechts 46% van de patiënten in het juiste product indeelt. Dat wil zeggen, het verwachte product is in 46% van de gevallen gelijk aan het werkelijke product op basis van de werkelijk geleverde zorg. Dit percentage moet vergeleken worden met het volledig willekeurig toedelen van producten, namelijk 33% voor drie producten. Het regressiemodel lijkt dus ook in deze praktische simulatie beperkt in staat om te verklaren hoeveel zorg de patiënt ontvangt. Figuur 11 illustreert deze conclusie.



Figuur 11: percentage waarin voorspelde prestatie overeenkomt met werkelijke prestatie

De bovenstaande analyse is gebaseerd op gegevens van ZuidZorg, Interzorg en Thebe. De data van Buurtzorg zijn apart geanalyseerd in samenwerking met TU Twente en geven vergelijkbare uitkomsten. Dit geeft vertrouwen in de robuustheid van de conclusies. Bij Buurtzorg levert het beste regressiemodel een R-kwadraat van 30% op. Ook bij deze analyse is onderzocht welke van de vele patiëntkenmerken de hoogste samenhang oplevert. De verwachte uren zorg per week uitgezet tegen de werkelijke uren geeft een vergelijkbaar beeld, zie figuur 12.

De samenhang is met 30% wat hoger dan de 23% gevonden R-kwadraat bij de andere aanbieders, omdat Buurtzorg ook – apart van OMAHA - doelgroepen heeft vastgelegd. Dit zijn kwetsbare ouderen, dementerenden, mensen ontslagen uit het ziekenhuis, palliatieve patiënten en chronisch zieken. Vooral het kenmerk palliatieve zorg hangt sterk samen met het aantal uren geleverde zorg en voegt daarom voorspelkracht toe aan het model; deze groep krijgt namelijk per week gemiddeld drie tot vier keer meer zorg dan andere patiënten. Zonder het kenmerk palliatieve zorg zakt de totale samenhang in het model met Buurtzorg data dan ook terug naar een R-kwadraat van 25%.



Figuur 12: Uitkomsten analyse op Buurtzorg gegevens. Het logaritme van de uren zorg per week is weergegeven

Mogelijke oorzaken voor lage samenhang patiëntkenmerken en zorgzwaarte

Er zijn meerdere verklaringen voor deze onderzoeksresultaten denkbaar. Ten eerste is de informatie binnen een classificatiesysteem per definitie niet compleet. Een verpleegkundige kan immers ruiken, voelen en zien wat er speelt bij een patiënt.

Ten tweede lijkt de registratie van patiëntkenmerken binnen OMAHA (op dit moment) niet volledig objectief. De ene verpleegkundige kan dezelfde patiënt anders registreren en beschrijven dan de andere. Het schaarse beschikbare wetenschappelijke onderzoek beaamt dat de manier van registreren tussen experts verschilt binnen OMAHA. De samenhang heeft een correlatie coëfficiënt van 0.35-0.63[2]. De registratieverschillen binnen het classificatiesysteem RAIview liggen hoger, met een Kappa score van 0.63-0.73[3]. In onze gegevens zien we deze verschillen ook terug tussen aanbieders. Zo komt het OMAHA gebied ‘pijn’ bij de ene aanbieder zeven keer vaker voor dan bij de andere. Terwijl de patiëntpopulaties waarschijnlijk behoorlijk vergelijkbaar zijn, blijkt uit navraag bij verpleegkundigen. Verschillende manieren

[2] Monsen, K., Lytton, A., Ferrari, S., Halder, K., Radosevich, D., Kerr, M., Mitchell, S. and Brandt , J. (October 2011). Evaluating Reliability of Assessments in Nursing. Documentation. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI), 15, (3)

[3] Hirdes, J., Ljunggren, G., Morris, J., Frijters, D., Finne Soveri, H., Gray, L., Björkgren, M. and Giglgen, R. (December 2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Sevices Research 2008: 8:277

van beoordelen van dezelfde patiënt en zorgvraag maken de betrouwbaarheid van de zorgzwaartemeting lager.

Ten derde zijn classificatiesystemen niet ontwikkeld voor de bekostiging. Ze zijn gericht op ondersteuning van de zorgverlener in zijn werk door te helpen bij het stellen van de diagnose, de juiste behandeling en het volgen van de ontwikkeling van een patiënt. Dat betekent dat de manier van registreren en de inhoud van wat er wordt geregistreerd niet is geoptimaliseerd om de zorgzwaarte te voorspellen. Zo wordt er niet expliciet bij elke patiënt vastgelegd hoeveel zorg de mantelzorger kan bijdragen. Terwijl dit waarschijnlijk bepalend is voor het zorggebruik. Je kunt wel binnen het gebied "mantelzorg" informatie vastleggen maar het OMAHA systeem verplicht je niet om hier iets over op te schrijven. De vraag is dus of registratie volgens een classificatiesysteem de beste registratie is om het zorggebruik te verklaren.

Ten vierde kan er werkelijke praktijkvariatie (hoeveel zorg er wordt geleverd aan een patiënt) bestaan tussen individuele verpleegkundigen, tussen zorgteams en tussen zorgaanbieders. Een regressiemodel houdt geen rekening met deze praktijkvariatie. Dit is eigenlijk ook juist het doel van het model, om zo eerlijk mogelijk de zorgvraag in te schatten zonder het effect mee te nemen dat de ene verpleegkundige gemiddeld meer zorg levert dan de andere. Op die manier krijgt elke patiënt de uren zorg die zij nodig heeft, zonder voor- of nadeel te hebben van de praktijkvariatie (of een aanbieder gewend is minder of meer zorg te leveren). Het zou diepgaand vervolgonderzoek vergen om de eerste drie bovengenoemde mogelijkheden te scheiden van werkelijke praktijkvariatie.

3.5 Conclusie: introductie van bekostiging geënt op classificaties is niet haalbaar

Wij achten een model dat <u>automatisch</u> prestaties afleidt van patiëntkenmerken niet haalbaar om de volgende redenen:

1. De statistische samenhang (R-kwadraat) tussen patiëntprofielen en de geleverde zorg is met 23% laag. Slechts de helft van de patiënten krijgt het juiste product toegewezen. Toewijzen van een verkeerd product kan nadelige gevolgen hebben voor patiënten
2. Het gebruik van digitale classificaties is nog in ontwikkeling. Een groeiend deel van de zorgaanbieders registreert volgens een digitaal classificatiesysteem en de registratieverschillen tussen aanbieders en tussen medewerkers zijn (nog) groot. De sector zit nog in de leerfase.
3. Er zijn meerdere classificatiesystemen in gebruik en het is nog onbewezen of het mogelijk is één betrouwbare dataset – 'kernset' – af te leiden uit de verschillende classificatiesystemen
4. Invoering zou – ook later dan 2017 – complex, risicovol en duur zijn

Hieronder volgt allereerst een toelichting op de conclusie op basis van de uitgevoerde statistische analyses. De tweede paragraaf licht de laatste drie argumenten toe, die van meer praktische aard zijn. Op basis van deze vier argumenten samen adviseren wij dat een bekostigingsmodel geënt op classificaties niet haalbaar is.

De statistische samenhang tussen patiëntkenmerken en de geleverde zorg is te laag om een bekostiging op te baseren

Een voorwaarde voor een bekostigingsmodel op basis van patiëntkenmerken is dat er een stabiele en voldoende sterke samenhang moet bestaan tussen patiëntkenmerken en het zorggebruik. Op basis van de huidige analyse en gegevens stellen we vast dat er met 23% onvoldoende samenhang bestaat. Het gevolg is dat een bekostigingsmodel gebaseerd op de patiëntkenmerken slechts de helft van de patiënten in het juiste product kan indelen. De andere helft van de patiënten krijgt een product met meer of minder zorg dan zij nodig hebben.

Het verkeerd individueel toewijzen van producten heeft nadelige gevolgen. Bijvoorbeeld, als een patiënt zelf een zorgvraag heeft voor 10 uur per week, maar omdat er geen afwijkende kenmerken zijn vastgelegd krijgt hij van het regressiemodel een product toegewezen van 0 tot 3 uur zorg per week. Dan zal een zorgverlener moeite hebben om toch de nodige zorg te leveren omdat de patiënt verlieslatend is. De uitkomsten hierboven laten zien aan dat dit soort situaties zich in minstens 50% van de gevallen zullen voordoen en dat dit niet zomaar te verbeteren is. Een regressiemodel kan het juiste product niet goed genoeg toedelen aan patiënten op basis van de geregistreerde informatie.

Daarnaast zijn er drie meer praktische bezwaren tegen introductie van bekostiging op basis van patiëntprofielen

We zien drie meer praktische bezwaren tegen de introductie van een bekostigingsmodel gebaseerd op patiëntkenmerken zoals vastgelegd in diverse classificatiesystemen.

Het eerste is dat de toepassing van digitale classificatiesystemen nog in de ontwikkelfase zit. Op basis van observaties en gesprekken schatten we in dat inmiddels ongeveer de helft van de zorgorganisaties gebruik maakt van zo'n systeem of daar mee is gestart. Deze snelle toename in gebruik is geschoeid op intrinsieke motivatie om betere zorg te leveren en meer grip te krijgen op de geleverde zorg. Nu veel druk zetten op het gebruik van classificatiesystemen zou die motivatie terstond kunnen doen verdwijnen, juist door de intrinsieke motivatie voor de zorginhoud – waar verpleegkundigen met het systeem een inhoudelijke stap voorwaarts willen zetten en bezig zijn te leren – <u>direct</u> te koppelen aan de financiën en de bekostiging.

Het tweede bezwaar is dat het bekostigingsmodel uitgaat van één dataset gevoed uit alle verschillende classificatiesystemen, een zogenaamde 'kernset'. Het is ingewikkeld om een betrouwbare 'kernset' te ontwikkelen zo is onze verwachting, omdat de verschillende classificatiesystemen moeilijk vergelijkbaar zijn. Ze zijn ontworpen met een andere onderliggende filosofie en zijn daarom ook fundamenteel anders gestructureerd. Het vergelijken van bijvoorbeeld NANDA-I/NIC/NOC met OMAHA zien wij eerder als het vergelijken van de Nederlandse taal met wiskunde dan bijvoorbeeld Nederlands met Vlaams. Voor zowel een vertaling van Nederlands naar wiskunde als OMAHA naar NANDA-I/NIC/NOC is moeilijk een woordenboek te maken. Daarvoor is grondig (wetenschappelijk) onderzoek nodig: eerst een concept '*mapping'* bepalen en dan een statistisch model bouwen om de betrouwbaarheid te beoordelen. De uitkomst van dit onderzoek is in onze visie ongewis; het zou kunnen blijken dat een werkelijk betrouwbare '*mapping*' tussen systemen die voldoende robuust is voor bekostiging überhaupt niet mogelijk is. In deze

is een parallel te trekken met de bekostiging van de ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen gebruiken dezelfde systematiek om hun verrichtingen in vast te leggen; in de wijkverpleging zou je in het beoogde model met verschillende classificatiesystemen naast elkaar te maken hebben.

Het derde bezwaar is de complexe en dure ICT implementatie. Er is een betrouwbare ICT infrastructuur nodig, met als start de verpleegkundige die een patiëntprofiel vastlegt, die vervolgens voor elke aanbieder en elke patiënt betrouwbaar en automatisch vertaald wordt naar een 'kernset', van waaruit de producten worden afgeleid die als declaratie naar de zorgverzekeraar gaan. De systemen zijn hier nu niet primair voor gebouwd (nu gericht op dossiervorming). Bovendien zou dit betekenen dat alle grote ICT leveranciers meerdere classificatiesystemen moeten implementeren, afhankelijk van de keuze van zorgaanbieders. Een volledig helder en foutloos procesontwerp is dan ook complex, duur en zeer risicovol. Wij denken dat dit traject in omvang potentieel even groot kan zijn als de introductie van DBC's bij Nederlandse ziekenhuizen en in ieder geval aanzienlijk complexer dan de implementatie van AW319 (declaratie in de AWBZ op patiëntniveau). Een dergelijk complexe transitie zal forse administratieve lasten met zich mee brengen. Kwantificering van deze kosten vergt een IT audit.

4. Alternatief bekostigingsmodel en gezamenlijke ontwikkelagenda

De conclusie van het vorige hoofdstuk is dat een bekostigingsmodel gebaseerd op patiëntkenmerken in classificatiesystemen voorlopig niet haalbaar is en mogelijk op de lange termijn ook niet wenselijk. Wij stellen voor om in plaats daarvan te kiezen voor beleid gestoeld op twee pijlers: 1) keuze voor een relatief eenvoudig bekostigingsmodel in combinatie met 2) een ambitieuze gezamenlijke ontwikkelagenda voor de wijkverpleging. Juist door voortvarende uitvoering van deze ontwikkelagenda door de veldpartijen kan de bekostiging zelf eenvoudig blijven.

Dit hoofdstuk geeft een nadere toelichting op deze twee pijlers. Doelstelling van het tweesporenbeleid is om de innovatie in de wijkverpleging te versnellen door beloning van kwaliteit en efficiency, met inzichten in patiëntprofielen als zorginhoudelijke basis.

4.1 Doel bekostigingsmodel en ontwikkelagenda: versnellen innovatie door belonen kwaliteit en efficiency op basis van inhoudelijke ontwikkeling wijkverpleging

Er is veel aandacht voor de belangrijke rol van wijkverpleegkundigen in de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland. Het veld is in beweging en er is een sterke wens om de positie in de wijkzorg verder in te vullen en te versterken als basis voor goede en toekomstbestendige zorg dichtbij huis. Hierin zijn drie factoren van belang, die nader zijn uitgewerkt in figuur 13:

1. Belonen van goede kwaliteit van zorg (de baten)
2. Stimuleren van efficiënte zorg (de kosten)
3. Met zorginhoudelijke ontwikkeling als fundament: inzicht in patiëntprofielen als basis voor verbeteren van interventies en beter begrip zorgzwaarte.

Innovatie wijkverpleging door beloning kwaliteit en efficiency, met inzicht in patiëntdoelgroepen en interventies als basis

1. Kwaliteit	**Beloning voor goede kwaliteit en uitkomsten van zorg** • Uitkomsten volgens de patiënt (PROM) • Behalen van behandeldoelen, zoals zelfredzaamheid (bv. met hulp systematiek OMAHA) • Voorkomen opnames in het ziekenhuis
2. Efficiency	**Stimuleren beheersing van integrale kosten wijkverpleging** • Kosten gedreven door vier factoren: prevalentie (% kans op gebruik), zorgduur (aantal weken dat patiënten in zorg zijn), zorgintensiteit (uren per week), kostprijs per uur • Vervolgkosten in de zorgketen (ziekenhuis, WLZ) • Kosten van administratieve lasten in het systeem
3. Inzicht in patiëntdoel-groepen	**Verbetercyclus o.b.v. inzicht in patiëntdoelgroepen** Tot stand brengen van gezamenlijke verbetercyclus o.b.v. inzicht in waarde van interventies en begrip van patiëntdoelgroepen

Gupta Strategists

Figuur 13: Factoren voor doorontwikkeling verpleging en verzorging thuis

Belonen van kwaliteit geeft een stimulans om de wijkverpleging verder te innoveren en de uitkomsten vanuit het perspectief van de patiënt te verbeteren. Daarvoor is het van belang om uitkomsten meetbaar te maken en op een consistente manier te ontsluiten.

Definitie van kostenefficiëntie in de wijkverpleging is belangrijk om zorgaanbieders te kunnen stimuleren om kostenefficiënte zorg te leveren. De integrale kosten van de wijkverpleging zijn een vermenigvuldiging van vier factoren:

1) De prevalentie: het aandeel van de bevolking dat wijkverpleging ontvangt
2) De zorgduur: het aantal weken dat patiënten gemiddeld in zorg zijn
3) De zorgintensiteit: het aantal uren per week dat patiënten gemiddeld zorg krijgen
4) De kostprijs per uur: de gemiddelde kostprijs per uur, inclusief een opslag voor indirecte kosten

In essentie zou beloning van zorgaanbieders op deze vier indicatoren, uiteraard in combinatie met beloning voor kwaliteit, het beste zijn. Een dergelijke bekostiging zou een aanbieder namelijk verantwoordelijk maken voor de integrale kosten en kwaliteit van de wijkverpleging. Daarmee is er voor zorgverleners naast de intrinsieke motivatie ook een extra extrinsieke stimulans om te innoveren en zo veel mogelijk waarde te leveren aan patiënten tegen zo laag mogelijke kosten, zonder exact voor te schrijven hoe dit te doen. Wellicht is het soms het meest effectief om eerst intensief bij een patiënt betrokken te zijn voor zorg en educatie, waarna de patiënt en een eventuele mantelzorger de meeste taken kunnen overnemen. In dit voorbeeld gaat het om een uitruil tussen zorgintensiteit (meer zorg aan het begin) en zorgduur (minder lang in zorg). Het belonen van deze uitruil is mogelijk bij bekostiging op basis van <u>integrale</u> kosten en kwaliteit. Omdat de wijkverpleging een eerstelijnsfunctie heeft, lijkt het ook redelijk om te kijken naar eventuele <u>vervolg</u>kosten van patiënten elders in de zorgketen, bijvoorbeeld de kosten van ziekenhuisopnames (Zvw) of het krijgen van een indicatie voor de Wlz.

Het inzicht in het profiel van patiënten is het fundament voor een verbetercyclus in zorg, op basis van de relatie tussen (1) het profiel van een patiënt vanuit een <u>zorginhoudelijke</u> typering, (2) de uitgevoerde interventies door de zorgverlener en (3) de uitkomsten of mate waarin de behandeldoelen gehaald zijn. Innovatie begint met begrip van welke interventies bij welk type patiënten tot welke behandelresultaten leiden. De vliegende start is al gemaakt met de introductie van digitale classificatiesystemen.

4.2 Twee pijlers: eenvoudig bekostigingsmodel en ambitieuze ontwikkelagenda

Wij adviseren VWS om te kiezen voor een <u>eenvoudig</u> bekostigingsmodel én een ambitieuze ontwikkelagenda. Eerste argument is de conclusie van hoofdstuk 3, namelijk dat bekostiging op basis van patiëntprofielen niet haalbaar is. Tweede argument is dat niet alle drijvers van doelmatigheid – denk aan duur van de zorginzet en prevalentie – direct in de prestaties van de NZa te vatten zijn, omdat deze te sterk variëren en / of onvoldoende voorspelbaar zijn. De opties voor een eenvoudig bekostigingsmodel zetten wij uiteen in de volgende paragraaf 4.3.

Het is belangrijk om naast een eenvoudig bekostigingsmodel een ambitieuze ontwikkelagenda te formuleren om zo innovatie van de wijkverpleging te stimuleren en er tegelijkertijd voor te zorgen dat het

bekostigingsmodel zelf eenvoudig kan blijven. Wij adviseren om deze ontwikkelagenda te formuleren rondom drie thema's. Het eerste thema is het verder ontwikkelen van de zorginhoud. Het tweede thema is de verbetering en innovatie van processen om de ontwikkeling in zorginhoud effectief te ondersteunen. Derde thema is het betrouwbaar meten en ontsluiten van patiëntervaringen. Een nadere invulling van de ontwikkelagenda beschrijven wij in paragraaf 4.4. Figuur 14 vat het eenvoudige bekostigingsmodel en de ontwikkelagenda samen.



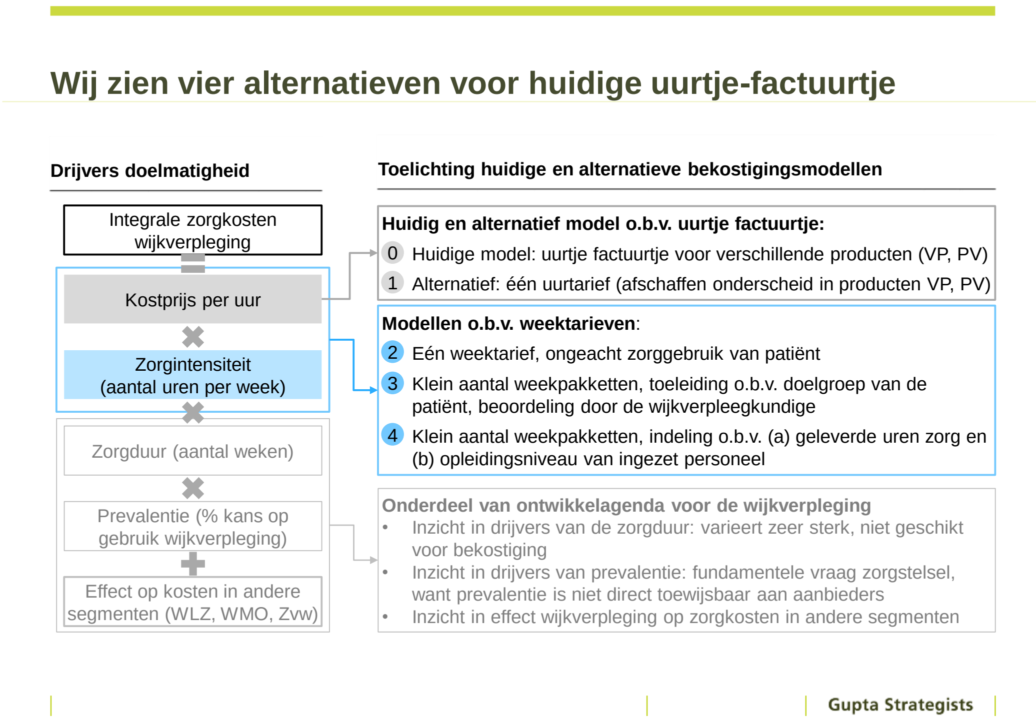
Figuur 14: samenvatting eenvoudig bekostigingsmodel en ontwikkelagenda

4.3 Advies: bekostigingsmodel met klein aantal weekprestaties afgeleid uit uren zorg

Vier alternatieve bekostigingsmodellen voor huidige uurtje-factuurtje systeem

Het huidige uurtje-factuurtje bekostigingsmodel voor wijkverpleegkundige zorg heeft drie nadelen. Het eerste en grootste nadeel is de directe relatie tussen de inspanning (de geleverde uren) en de beloning (het ontvangen tarief per uur zorg). Een zorgaanbieder heeft daardoor direct financieel nadeel bij het verminderen van het aantal uren zorg en voordeel bij het verhogen van het aantal uur zorg. Zo zal bijvoorbeeld het bevorderen van de zelfredzaamheid van een patiënt leiden tot minder uren zorg en dus ook tot minder inkomsten. Deze prikkel is onwenselijk. Een tweede nadeel van het huidige model is dat het de focus direct legt op sturing op de kostprijs per geleverd uur, bijvoorbeeld door het optimaliseren van de routes en het minimaliseren van indirecte tijd zoals intervisie en overleg met verwijzers. De sterke aandacht voor het verlagen van de directe kostprijs per uur zorg kan ten koste gaan van zorginhoudelijke innovatie en stimuleert eendimensionaal (productie)denken. Derde nadeel is de opsplitsing in diverse producten (bijv. persoonlijke verzorging, verpleging speciaal) die administratieve lasten veroorzaakt en

onvoldoende herkenbaar is vanuit de zorginhoud. De vraag is dan ook: welke mogelijkheden zijn er om in een eenvoudig bekostigingsmodel meer ruimte te geven voor beloning van effectieve zorg?



Figuur 15: Alternatieve bekostigingsmodellen met de type sturing die elk model geeft

Wij zien vier alternatieve bekostigingsmodellen voor het uurtje-factuurtje systeem, zoals beschreven in figuur 15:

1. **Eén uur-prestatie voor wijkverpleegkundige zorg**. Dit model is een vereenvoudiging van het huidige model door één tarief per uur per aanbieder te declareren, ongeacht het opleidingsniveau van de medewerker. Dit alternatief is nog steeds gebaseerd op het uurtje-factuurtje principe.
2. **Eén prestatie voor wijkverpleegkundige zorg per week.** Hierbij ontvangt de zorgaanbieder voor elke patiënt, *ongeacht* de zorgzwaarte, één tarief per week. Dit tarief komen verzekeraars en zorgaanbieders individueel met elkaar overeen. Aanlevering van werkelijk geleverde uren zorg per patiënt is randvoorwaarde bij dit model.
3. **Een klein aantal prestaties gekozen door de verpleegkundige op basis van een aantal patiëntkenmerken (bijvoorbeeld doelgroepen).** In dit model kiest de verpleegkundige welke prestatie van toepassing is door naar patiëntkenmerken te kijken. Dit zou kunnen op basis van doelgroepen, zoals palliatief, dementerend, chronisch ziek en (kortdurende) zorg na een opname in het ziekenhuis. Dit model vergt uitwerking van de doelgroepen als basis voor declarabele weekprestaties. De Universiteit Twente heeft hier onderzoek naar uitgevoerd.
4. **Een klein aantal prestaties automatisch afgeleid uit geleverde zorguren**. In dit model leidt de verzekeraar het product (bijvoorbeeld “weinig”, “gemiddeld” of “veel zorg”) af op basis van de werkelijk geleverde uren zorg en het ingezette deskundigheidsniveau. Ook krijgen de verzekeraars

in dit model, net zoals nu, de geleverde uren zorg als onderdeel van de declaratie op patiëntniveau aangeleverd, als basis voor controle en benchmarking.

Zoals weergegeven in figuur 15 is er in deze vier bekostigingsmodellen geen plaats voor beloning op de zorgduur, de prevalentie en/of eventuele kostenbesparingen in andere segmenten. Dit hoort naar onze mening thuis in de gezamenlijke ontwikkelagenda voor de wijkverpleging. Daarvoor hebben wij de volgende argumenten:

- **De zorgduur:** wij achten het om twee redenen onhaalbaar om de zorgduur direct mee te nemen in de bekostiging. De eerste reden is de enorme spreiding in behandelduur, uiteenlopend van één week tot jaren. Door deze grote spreiding is het niet goed mogelijk om uit te gaan van een gemiddelde behandelduur voor een individuele patiënt (of zelfs indeling in een aantal groepen); dan zou de variatie in kosten te groot zijn. Dat brengt ons bij het tweede bezwaar, namelijk de lage voorspelbaarheid van de behandelduur op basis van patiëntkenmerken. Uit analyse van patiëntdossiers blijkt dat de vastgelegde kenmerken in OMAHA slechts 10% van de variatie in de behandelduur kunnen verklaren. Dit is een indicatie dat de behandelduur moeilijk te voorspellen is.
  De keuze voor modellen met prestaties "per week" hangt hiermee samen. Als een prestatie een langere termijn beslaat, bijvoorbeeld een maand, dan heeft de zorgduur automatisch effect op de bekostiging voor patiënten die korter zorg nodig hebben. Dan is een correctie nodig voor patiënten die korter dan één maand in zorg zijn of patiënten die bijvoorbeeld 2.5 maanden in zorg zijn. Om dit probleem te voorkomen stellen wij modellen voor op basis van weekprestaties.
- **De prevalentie:** de prevalentie, ofwel de kans op gebruik van wijkverpleging is moeilijk direct te vatten in de bekostiging, omdat voor bekostiging is vereist dat een afwijking in prevalentie direct is te herleiden tot een specifieke zorgaanbieder. Omdat er in elke regio allerlei zorgaanbieders actief zijn is de prevalentie van zorg alleen indirect te herleiden tot deze aanbieders, aangezien prevalentie alleen meetbaar is per gebied. Directe bekostiging op prevalentie kan alleen als er per gebied of populatie één zorgaanbieder actief is. Natuurlijk geeft een hogere prevalentie in een gebied, na correctie voor bevolkingskenmerken, wel een duidelijke indicatie dat de aanbieders in dat gebied vaker patiënten in zorg nemen. Preventie en sturing op prevalentie is dan ook een belangrijk onderwerp voor de gezamenlijke ontwikkelagenda van de wijkverpleging.
- **Kosten in andere segmenten van de zorg:** deze kosten zijn voor verzekeraars meetbaar en zijn deels beïnvloedbaar door de manier waarop de wijkverpleging de patiënten ondersteund. Daarom is dit een belangrijk onderwerp voor de ontwikkelagenda, maar niet geschikt voor inclusie in het bekostigingssysteem.

Afweging alternatieve modellen tegen bestaande bekostiging op basis van vijf criteria

Om de vier alternatieve modellen te vergelijken met het bestaande uurtje-factuurtje model hanteren wij vijf criteria:

1. **Beloning voor doelmatigheid:** in hoeverre beloont het bekostigingsmodel aanbieders die efficiënt zorg verlenen? Geeft het model de mogelijkheid aan zorgaanbieders om minder zorg te leveren

terwijl ze wel hun omzet behouden? Geeft het model ruimte aan zorgprofessionals om de zorg effectiever in te zetten?

2. **Risico op onderbehandeling zware patiënten:** er bestaat een groep patiënten met een hoge zorgvraag. Hoe groot is het risico op onderbehandeling voor deze groep?
3. **Gaming:** leidt introductie van het model tot risico's op *gaming*? Hoe groot is de prikkel voor aanbieders om de omzet te vergroten door selectief meer zorg te leveren bij specifieke patiënten of juist bepaalde nieuwe groepen patiënten aan te trekken die financieel aantrekkelijk zijn?
4. **Administratieve lasten:** hoe groot zijn de administratieve lasten voor zorgaanbieders (zorgverleners en medewerkers in administratieve functies) en voor zorgverzekeraars (na invoering)? Daarbij gaat het vooral om handmatige taken die geen toegevoegde waarde hebben voor de patiëntenzorg
5. **Transitierisico voor zorgaanbieders:** als verzekeraars niet actief sturen op doelmatigheid en alleen landelijk gemiddelde NZa prijzen gebruiken, hoe groot is dan de verandering in omzet per zorgaanbieder, als indicatie voor het financiële risico voor zorgaanbieders in de transitie?

Figuur 16 en 17 vatten de beoordeling van de modellen samen, die hierna verder is uitgewerkt. Een meer gedetailleerde kwantitatieve onderbouwing geven we in bijlage B.I.

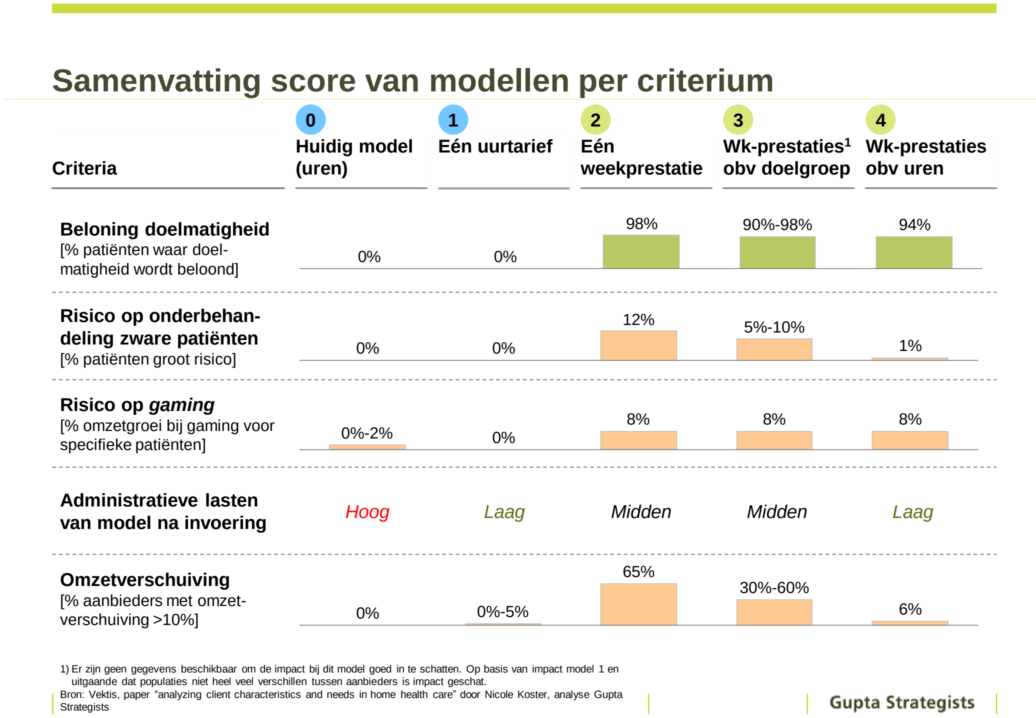
Van modellen die uurtje-factuurtje loslaten is model 4 met weekprestaties obv uren meest haalbaar; wel risico gaming

Zwaarwegend criterium, prikkel uurtje-factuurtje model is niet wenselijk

	Uurtje-factuurtje bekostiging		Bekostiging op basis van weekpakketten		
Criteria	0 Huidig model (uren)	1 Eén uurtarief	2 Eén weekprestatie	3 Wk-prestaties obv doelgroep	4 Wk-prestaties o.b.v. uren
Beloning voor doelmatigheid	–	–	~	~	~
Risico op onderbehandeling zware patiënten	+	+	–	–	+
Risico op *gaming*	~	+	~	~	~
Administratieve lasten van model na invoering	–	+	~	~	+
Omzetverschuiving	*n.v.t.*	~	–	–	~

Gupta Strategists

Figuur 16: Uitkomst van beoordeling bekostigingsmodellen op basis van vijf criteria



Figuur 17: Kwantitatieve onderbouwing van beoordeling bekostigingsmodellen op basis van vijf criteria. Verdere detaillering van de kwantitatieve uitkomsten zijn te vinden in bijlage A

Beloning doelmatigheid: zwak in uurtje-factuurtje modellen, sterker in overige modellen

In de uurtje factuurtje modellen (0 en 1) is het niet mogelijk om minder uren in te zetten zonder dat dit meteen leidt tot verlies aan inkomsten. Deze modellen stimuleren doelmatig werken dan ook niet; een aanbieder krijgt betaald voor uren zorg en snijd zichzelf daardoor direct (financieel) in de vinger als het aantal geleverde uren daalt. De drie andere modellen gebaseerd op weektarieven (2, 3 en 4) belonen doelmatig werken veel meer en geven daardoor een fundamenteel andere prikkel. Bij deze modellen blijft de omzet voor het merendeel van de patiënten namelijk onveranderd bij een efficiëntere zorgverlening, ofwel: kosten kunnen omlaag zonder dat de omzet ook automatisch omlaag gaat zoals in een uurtje-factuurtje model (zie bijlage A.I.5 voor onderbouwing). Ook stimuleren de modellen met een weektarief meer aandacht voor ondersteuning bij zelfzorg en hulp aan de mantelzorger. Kortom, de modellen 2,3 en 4 geven een betere doelmatigheidsprikkel en dat is een zwaarwegend argument.

Risico onderbehandeling: groot in modellen één weekprestatie (2) en doelgroepen (2)

De modellen met één weekprestatie en op basis van doelgroepen geven een risico op onderbehandeling van zware patiënten. In het model met één weekprestatie ligt de oorzaak voor de hand: een aanbieder krijgt voor elke patiënt hetzelfde weektarief, ongeacht de zorgzwaarte van de patiënt. Dit maakt patiënten met een zeer hoge zorgvraag – bijvoorbeeld drie keer zo hoog als het gemiddelde waar het tarief op is gebaseerd – fors verlieslatend. Hetzelfde probleem geldt in iets mindere mate voor model 3, bekostiging op basis van doelgroepen. De oorzaak is de grote variatie in zorgzwaarte binnen een doelgroep. Dit blijkt uit analyse van Buurtzorg patiënten die zijn ingedeeld in doelgroepen. Deze analyse laat zien dat de

gemiddelde zorgvraag per doelgroep bijna gelijk is, waardoor ook het gemiddelde tarief voor elke doelgroep ongeveer gelijk zou zijn, uitgezonderd de zeer afwijkende doelgroep palliatieve zorg (zie bijlage A.I.5 voor de kwantitatieve onderbouwing). Daardoor zullen de zware patiënten binnen een doelgroep fors verlieslatend zijn. Dat maakt het risico op onderbehandeling aanzienlijk, vergelijkbaar met het risico in model 2 met één weekprestatie.

Risico op *gaming* in bijna alle modellen aanwezig, de vorm verschilt

Het risico op *gaming* bestaat in alle bekostigingsmodellen, al verschilt de vorm. In het huidige model hebben zorgaanbieders een prikkel om relatief dure zorgproducten te declareren, bijvoorbeeld VP speciaal in plaats van VP of PV speciaal in plaats van PV. De modellen 2 (één weekprestatie) en 3 (weekprestaties per doelgroep) veroorzaken een aanzuigende werking door de prikkel om lichte patiënten in zorg te nemen; zorgaanbieders krijgen immers voor elke patiënt hetzelfde weektarief. In het model 4 met drie weekprestaties bestaat het risico op *upcoding*: vlak bij de urengrens van een nieuw zorgpakket is het aantrekkelijk om net wat meer zorg te leveren om zo een duurder zorgpakket te kunnen declareren. Zorgverzekeraars kunnen het risico op *upcoding* wel beheersen. Ten eerste door afspraken te maken over de productmix licht, midden en zwaar. Op die manier heeft een aanbieder beperkt voordeel van *upcoding* omdat zij niet méér zware producten mag declareren dan afgesproken. Ten tweede door de verdeling van de patiënten over de prestaties en de werkelijke ontvangen uren zorg periodiek te analyseren op patronen die duiden op *upcoding* en daarover stevige voorwaarden op te nemen in het contract. De randvoorwaarde hiervoor is dat zorgverzekeraars inzicht krijgen in het aantal uur dat is geleverd per patiënt. Alleen in model (1) met één uurtarief zien wij weinig risico voor *gaming.*

Administratieve lasten: in alle alternatieve modellen gaan administratieve lasten voor zorgverleners omlaag, echter risico op bewerkelijk zorginkoopproces in modellen met één weekprestatie of met weekprestaties op basis van doelgroepen

De administratieve lasten zijn laag als het declaratieverkeer kan worden geautomatiseerd en er zo min mogelijk handmatige handelingen zijn in het proces. Op dat punt zijn alle modellen een vooruitgang op het huidige model, waarin zorgaanbieders aparte uur-prestaties moeten bijhouden en declareren. In het model (1) met één uurtarief is dit niet het geval omdat er geen onderscheid meer is in aparte uur-producten (PV, VP, etc.). In het model met één weekprestatie zijn de administratieve lasten in principe laag omdat elke patiënt maar één declaratie heeft. Echter, wij verwachten dat het zorginkoopproces bewerkelijk zal zijn in dit model, omdat aanpassing van weektarieven per aanbieder nodig zal zijn om voor zorgzwaarte te corrigeren, zo blijkt uit de grote variatie in het gemiddelde aantal uren zorg per week tussen zorgaanbieders (zie figuur A.I.9). Daarvoor zullen veel onderhandelingen en gesprekken nodig zijn tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Door de automatische afleiding van producten op basis van uren zorg in model (4) zijn de administratieve lasten ook daar laag. De onderhandelingen in de zorginkoop zijn naar onze verwachting minder complex dan met één weektarief, omdat het model beter automatisch corrigeert voor patiëntmix (zie figuur A.I.11). Bij model (3) met prestaties op basis van doelgroepen moeten verpleegkundigen de doelgroepen handmatig vastleggen wat de lasten iets verzwaart. Net als in model 2 met één weekprestatie verwachten wij ook hier een relatief bewerkelijk zorginkoopproces door de grote verwachte schommelingen in de omzet per zorgaanbieder.

Transitierisico voor zorgaanbieders: groot in modellen (2) één weekprestatie en (3) doelgroepen, veel kleiner in model (4) met klein aantal weekprestaties o.b.v. uren

De modellen met één weekprestatie en met weekprestaties op basis van doelgroepen kunnen leiden tot grote omzetschommelingen, zo blijkt uit onze simulaties met werkelijke productiegegevens (zie bijlage A.I). Dat komt door de grote spreiding tussen aanbieders in het gemiddelde aantal uren zorg per week dat patiënten ontvangen. Dat heeft te maken met het feit dat sommige aanbieders zich richten op een specifiek type patiënten, bijvoorbeeld de vaak lichtere patiënten die net beginnen met verpleging en verzorging, terwijl anderen en zwaardere doelgroep hebben. Vooral bij kleinere aanbieders is de impact fors, tot meer dan 50% meer of minder omzet na invoering van zo'n bekostigingsmodel.

Om te zorgen dat de transitie naar een nieuwe bekostiging niet tot al te grote omzetschommelingen leidt voor zorgaanbieders, zouden verzekeraars voor bijna elke aanbieder een specifiek tarief moeten afspreken dat soms meer dan 50% hoger of juist lager ligt dan het landelijke gemiddelde. Dit vraagt naar onze inschatting een onevenredige inspanning bij de zorginkoop. Model 3 met weekprestaties per doelgroep zal een vergelijkbaar maar net iets minder grote impact veroorzaken, omdat daar palliatieve patiënten apart zijn gefinancierd wat een deel van het verschil ondervangt. Bij model 4 met een klein aantal weekprestaties is de impact veel kleiner, zo blijkt uit onze berekeningen (zie figuur A.1.11). De impact van model 1 met één uur-prestatie is beperkt.

Conclusie: model (4) scoort van de alternatieven voor uurtje-factuurtje het beste op de beoordelingscriteria, mits verzekeraars het risico op upcoding kunnen mitigeren

Onze conclusie is dat het bekostigingsmodel met drie weekprestaties op basis van uren het meest werkbare model is als alternatief voor uurtje-factuurtje bekostiging. Dit model geeft een impuls om doelmatiger te werken waardoor aanbieders meer ruimte krijgen om hun eigen patiënten efficiënter te verzorgen zonder dat hun opbrengsten direct omlaag gaan. Het risico op onderbehandeling is beperkt, terwijl dit risico groot is in de modellen (2) met één weekprestatie en (3) met doelgroepen.

In een model met drie weekprestaties o.b.v. uren bestaat wel een risico op *upcoding*. Door selectief aan bepaalde patiënten meer zorg te leveren kunnen aanbieders meer kosten gaan declareren. Dit risico is echter te mitigeren door zorgverzekeraars, omdat zij volledig inzicht hebben in het aantal geleverde uren per patiënt. Door deze uren te analyseren kan een zorgverzekeraar beoordelen of er bij een aanbieder sprake is van *upcoding.*

Daarnaast kunnen verzekeraars de productmix tussen laag, middel en hoog vastleggen in contracten. Op die manier heeft een aanbieder beperkte ruimte voor *upcoding* omdat er een maximum is aan het aantal zware producten dat zij mag declareren. Als laatst schatten wij in dat de administratieve lasten vrij laag zijn bij model (4) en laten simulaties zien de omzetverschuiving beperkt is, zeker in vergelijking met modellen (2) één weekprestatie en (3) patiëntprofielen.

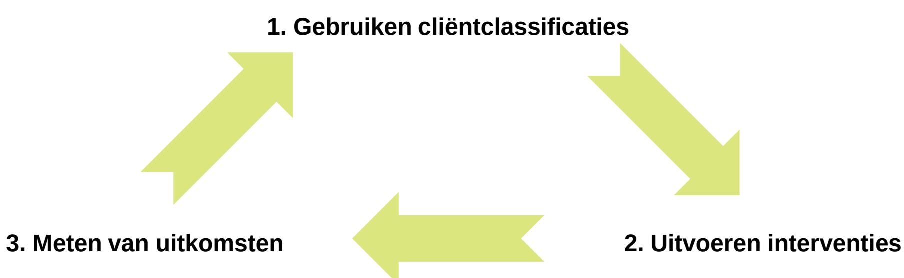
4.4 Ontwikkelagenda zorginhoud en verbetering processen door veldpartijen

De voorgestelde ontwikkelagenda bestaat uit drie onderdelen: zorginhoudelijke ontwikkeling, verbetering van de hiervoor nodige ondersteunende processen en meetbaar maken van patiëntervaringen. Hieronder volgt een nadere uitwerking. Veldpartijen zijn primair verantwoordelijk om deze agenda verder te prioriteren en te realiseren, waarbij VWS de regie kan voeren op het proces.

Ontwikkelagenda zorginhoud

Digitale patiëntclassificaties zijn een goede basis om het inzicht in de zorg en de effectiviteit van interventies te vergroten. Omdat zorgaanbieders een vliegende start hebben gemaakt met het gebruik van patiëntclassificaties ligt er al een sterk fundament. Wij adviseren de volgende thema's een plaats te geven in de zorginhoudelijke ontwikkelagenda

1. Prioriteren van richtlijnontwikkeling voor de wijkverpleging (V&VN).
2. Vergroten inzicht in de waarde van interventies: welke interventies leiden voor welke doelgroep tot welk behandelresultaat, zoals weergegeven in figuur 18. Hier speelt ook stimulering van (kwantitatief) wetenschappelijk onderzoek door effectieve ontsluiting van databronnen een belangrijke rol. Nederland heeft hierin de kans om internationaal voorop te lopen in de vakinhoudelijke ontwikkeling van de wijkverpleging.



Figuur 18: verbetercyclus patiëntprofielen – interventies - uitkomsten

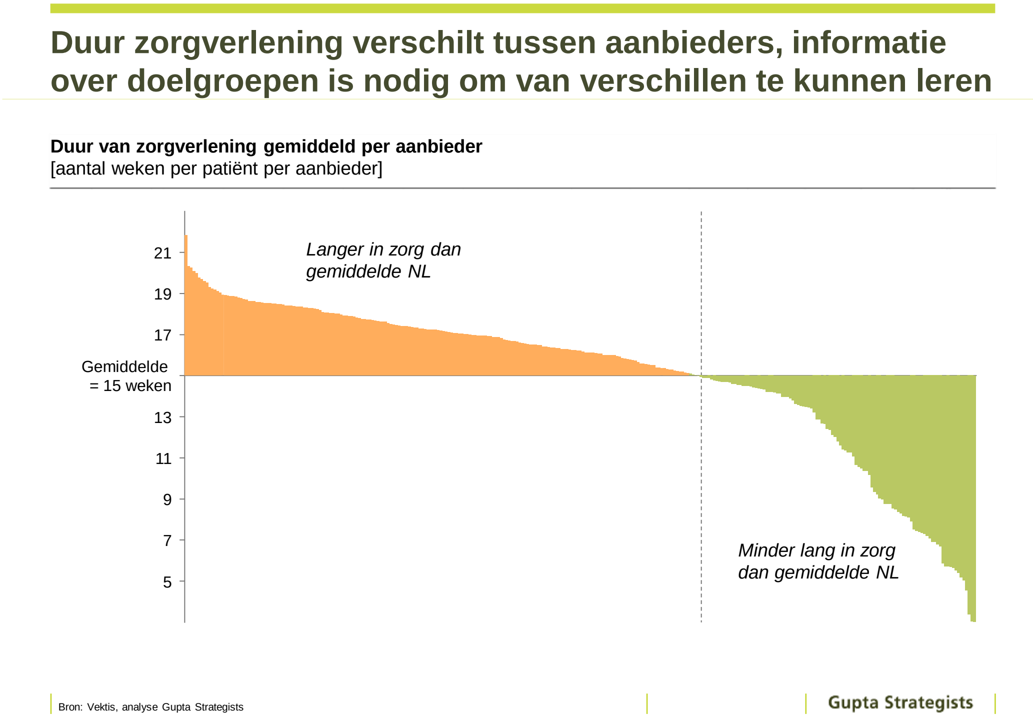
3. Opzetten van kennisnetwerken in de wijkverpleging en samen met de gehele eerste lijn. Het opzetten van kennisnetwerken waarin zorgverleners van diverse organisaties deelnemen is waardevol, zowel voor de wijkverpleging zelf als voor de samenwerking met andere partners in de eerste lijn. Het ligt voor de hand om deze netwerken op basis van de zorginhoud te structureren, bijvoorbeeld rond een specifieke doelgroep of type interventie. Het gebruik van ICT om zorgverleners bij elkaar te brengen kan hierin een belangrijke faciliterende rol spelen. Aansluiten bij de NIVEL Zorgregistraties voor de eerste lijn past ook goed in de doorontwikkeling van het vak en de sterke verbinding met andere disciplines binnen de eerste lijn.

Ontwikkelagenda verbetering processen

Om de transitie naar een meer op vak inhoud gestuurde wijkverpleging te ondersteunen is ook een ontwikkeling nodig in de werkprocessen en manier waarop deze worden ondersteund door ICT. De processen zijn traditioneel gestuurd vanuit de administratieve wereld van producten en declaraties, voor zorgverleners vooral een last die niet ondersteund bij de zorginhoud. Hier liggen veel kansen om de

wijkverpleging te verbeteren en zorgmedewerkers praktische hulpmiddelen te bieden en zo de ICT te transformeren naar een lust in plaats van een last. Wij adviseren de volgende thema's een plaats te geven in de ontwikkelagenda voor verbetering van de processen.

1. Verder uitrollen van digitale patiëntclassificaties. Hier is een vliegende start mee gemaakt en het is waardevol als de gehele sector gaat werken met digitale classificatiesystemen
2. Ontwikkelen stuurinstrumenten en praktische beslisondersteuning voor zorgmedewerkers die echt helpen om de zorg te verbeteren in plaats van nodig zijn voor de administratie. Denk aan een praktische vertaling van een richtlijn in de ICT waardoor verpleegkundigen op het juiste moment hulp krijgen in het klinisch redenen of in de diagnosestelling. Dit geeft een kwaliteitsimpuls vanuit de vakinhoud.
3. Leren van praktijkvariatie tussen teams en zorgaanbieders door benchmarks en visitaties. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om praktijkvariatie in de zorgduur, zoals weergegeven in de onderstaande figuur 19. Zorgverleners behoren op dit thema *in the lead* te zijn. Dit neemt niet weg dat samenwerking met bijvoorbeeld patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars inhoudelijke meerwaarde heeft. Dit kan in de vorm van een onafhankelijke stichting zonder winstoogmerk die de inhoud beheert en als platform dient voor verandering.
4. Opzetten van passende zorginhoudelijke informatiestroom tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars
   - Mogelijke eerste pragmatische stap is een landelijke standaard voor vastlegging van een beperkt aantal (maximaal 5) doelgroepen die zorgaanbieders delen met zorgverzekeraars. Daarvoor zijn de doelgroepen die de UT heeft geanalyseerd in onderzoek naar samenhang tussen patiëntclassificaties en zorgkosten een optie. Hier kregen patiënten één of meerdere kenmerken van de volgende kenmerken mee: chronisch ziek, kwetsbare oudere, dementerend, ontslagen uit het ziekenhuis, palliatief. Afspraken over consistente vastlegging van doelgroepen zijn waardevol, omdat juist de meerwaarde zit in het betrouwbaar kunnen vergelijken van doelgroepen tussen zorgaanbieders als basis voor een meer inhoudelijk gedreven zorginkoop.
   - Daarnaast is het zinnig om manieren te verkennen waarop informatie over patiëntprofielen kan dienen als inhoudelijke basis voor zorginkoop. Bijvoorbeeld door het delen van informatie op meer geaggregeerd niveau.



Figuur 19: spreiding in gemiddelde zorgduur per zorgaanbieder

Ontwikkelagenda inzicht in patiëntervaringen

1. Bereiken van consensus over gestructureerde meting van patiëntervaringen in de wijkverpleging (bijvoorbeeld vergelijkbaar met de beknopte PREM-vragenlijst voor de eerstelijn). Vervolgens is het van belang afspraken te maken over ontsluiten van deze gegevens voor zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars. Deze uitkomstmaat kan vervolgens onderdeel zijn van afspraken via de prestatie ‘Beloning op Maat’ of een onderdeel van de onderhandeling over de tarieven voor patiëntgebonden zorg.

5. Voorstel bekostigingsmodel: drie weekprestaties

In dit hoofdstuk beschrijven wij in meer detail het voorgestelde bekostigingsmodel voor de patiëntgebonden zorg met drie weekpakketten, afgeleid uit geleverde uren zorg. Daarnaast geeft dit hoofdstuk een toelichting op de voorgestelde bekostiging van de niet direct aan patiënten toewijsbare (keten)zorg. De laatste paragraaf licht de omvang met specifieke zorgvormen of doelgroepen nader toe.

5.1 Inhoud van bekostigingsmodel: drie weekprestaties voor patiëntgerichte zorg, daarnaast generieke prestatie voor niet patiëntgebonden (keten)zorg

Drie weekprestaties (licht, middel en zwaar) voor de patiëntgebonden zorg

We adviseren een model met drie weekprestaties te introduceren in de wijkverpleging. Deze zorgprestaties omvatten alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is. Het gaat om de volgende prestaties:

- Verpleging & verzorging **lage** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **middel** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **hoge** zorgzwaarte

De prestaties hebben een declaratieperiode van een week met bijbehorend tarief. Afleiding van prestaties vindt plaats na afloop, op basis van de zorgzwaarte in die periode. De berekening van de zorgzwaarte is gebaseerd op het aantal geleverde uren zorg en het deskundigheidsniveau van de medewerker (niveau 3, niveau 4 of niveau 5).

De integrale prestaties dekken alle direct aan patiënten toewijsbare zorg. Hieronder valt indicatiestelling, alle geïndiceerde zorg en AIV. Het leveren van de zorg binnen de prestaties is voorbehouden aan verpleegkundigen en verzorgenden. Ook voor bijvoorbeeld casemanagement dementie (let op: exclusief organisatie van de keten), complexe wondzorg (exclusief de regiefunctie), zorg geleverd door gespecialiseerde teams en MSVT maakt de zorglevering onderdeel uit van de aan de patiënt direct toewijsbare zorg. Figuur 20 vat het voorgestelde model samen.

Advies bekostigingsmodel wijkverpleging

CIJFERS ZIJN INDICATIEF

Uitkomsten		**Vrije prestatie voor Beloning op Maat**			
Patiëntgebonden		**Prestatie laag[1]**	**Prestatie midden**	**Prestatie hoog**	**Toeslag zeer hoog**
	Uren/wk[2] (min-max)	0 – 3	3 – 10	10 – 25	25<
	Tarief (€/week)	~75	~275	~750	~750 + opslag[3]
	# patiënten	140 k	115 k	20 k	3.5 k
	Kosten (€)	~500 mln	~1.500 mln	~800 mln	~300 mln
Niet patiëntgebonden		**Prestatie niet direct toewijsbare zorg**			
		Prestatie ketenzorg dementie			

1) Binnen de prestaties valt de zorg van verpleging en verzorging, inclusief MSVT, AIV, complexe wondzorg, verpleegkundige kindzorg, palliatieve zorg, patiënten met hoge zorgzwaarte en specialistische teams
2) Uren zorg zijn gewogen met de deskundigheidsgraad van de zorgverlener (niveau 3, 4 en 5)
3) Voorstel is een meerkostenregeling voor patiënten die meer zorg krijgen dan de bovengrens van prestatie "hoog". Dit betekent dat voor de geleverde uren boven de grens een aparte beloning per uur zal gelden, waar nodig in combinatie met een machtiging. Daarnaast declareert de aanbieder ook het product "hoog" voor deze patiënten.
Bron: Vektis, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur 20: samenvatting advies bekostigingsmodel wijkverpleging

Beschrijving van de drie basis weekprestaties

De beschrijving van de drie basis weekprestaties is als volgt:

- Prestatie 1 - Verpleging & verzorging lage zorgzwaarte (zorgzwaartescore 0 – 3):
  Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een lage zorgzwaarte. Zij hebben enige verpleging en verzorging nodig, namelijk maximaal 3 uur per week (gewogen naar benodigde deskundigheid). Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 1,4 uur zorg per week. De gemiddelde verdeling op basis van historische gegevens van de deskundigheid is 82% niveau 3, 12% niveau 4 en 5% niveau 5 of hoger.

- Prestatie 2 - Verpleging & verzorging gemiddelde zorgzwaarte (zorgzwaartescore 3 – 10):
  Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een gemiddelde zorgzwaarte. Zij hebben in gemiddelde mate verpleging en verzorging nodig met een maximum van 10 uur per week (gewogen naar benodigde deskundigheid). Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 5,1 uur zorg per week. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 82% niveau 3, 12% niveau 4 en 5% niveau 5 of hoger.

- Prestatie 3 - Verpleging & verzorging hoge zorgzwaarte (zorgzwaartescore 10 – 25):
  Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een hoge zorgzwaarte. Zij hebben veel verpleging en verzorging nodig. Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze

prestatie krijgen gemiddeld 12,4 uur zorg per week, gewogen naar benodigde deskundigheid. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 69% niveau 3, 22% niveau 4 en 9% niveau 5 of hoger.

Voor elke prestatie geldt een integraal tarief voor een week ter vergoeding van de geleverde zorg. De grenzen tussen de drie prestaties zijn zo gekozen dat de kostenhomogeniteit zo hoog mogelijk is.

Daarnaast is ons advies een toeslag prestatie te introduceren voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte. Deze prestatie "Toeslag zeer hoge zorgzwaarte" is bestemd voor patiënten met meer dan 25 uur zorg per week, gewogen naar de deskundigheidsgraad. Voorbeelden van doelgroepen zijn kinderen die intensieve zorg nodig hebben en palliatieve zorg. De toeslag geldt als 'add-on' op prestatie 3 en kent een uurtarief voor de uren *boven* de bovengrens van prestatie 3. Het uurtarief is een maximumtarief van de NZa. De NZa zal een maximumtarief vaststellen op basis van de functiemix en de tarieven van de verschillende functies.

Prestaties voor niet direct patiëntgebonden (keten)zorg

Naast de drie basis prestaties voor direct aan patiënten toewijsbare zorg adviseren wij om één generieke prestatie te introduceren voor niet direct patiëntgebonden (keten)zorg. Op dit moment bestaat er een aantal verschillende prestaties voor dit type zorg, zoals de prestaties "wijkgericht werken" en "beschikbaarheidsvoorziening". De diverse prestaties maken de bekostiging minder transparant en het bestaan van speciale prestaties voor diverse doelgroepen of vormen van ketenzorg kan op termijn leiden tot een 'kerstboom' aan verschillende nieuwe prestaties met deels overlappende definities en doelstellingen. Om dit te voorkomen kunnen zorgaanbieders en verzekeraars binnen één generieke prestatie afspraken maken over zorg die niet direct toewijsbaar is aan de patiënt. Uitzondering hierop is een aparte prestatie voor ketenzorg dementie. Paragraaf 5.2 geeft hierop een nadere toelichting.

Vanwege de gewenste afstemming en samenwerking in de regio lijkt inkoop via representatie of een volgmodel de meest passende werkwijze voor de niet-toewijsbare zorg. De vraag is echter of dit wordt toegestaan door de ACM, die toeziet op de naleving van de Mededingingswet. Wij verwachten echter dat het ook zonder volgmodel of representatie mogelijk is om tot een passende lokale invulling te komen van de niet direct patiëntgebonden zorg. Immers, als zorgverzekeraars meerwaarde zien voor hun verzekerden van deze zorg, dan zullen ze die contracteren.

Methode voor afleiding van basisprestaties

Aan het eind van elke week wordt voor iedere patiënt het zorgpakket afgeleid op basis van de geleverde zorg in die periode. Afleiding vindt plaats op basis van het aantal geleverde uren en het deskundigheids-niveau van de zorgmedewerker die de zorg heeft geleverd. Zorgverleners hoeven hiervoor zelf geen activiteiten uit te voeren. Wij stellen voor om de afleiding naar prestaties te automatiseren. De geleverde uren per patiënt per opleidingsniveau kunnen in de declaratiestroom automatisch vertaald worden naar producten op basis van een landelijke EI standaard voor het berichtenverkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Grove indicatie van hoogte tarieven per weekprestatie

De prestaties kennen een maximumtarief vastgesteld door de NZa. Het tarief is opgebouwd uit de volgende drie hoofdcomponenten: prijs per uur, deskundigheidsmix en het aantal uren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieder komen een prijs per prestatie van maximaal deze tariefwaarde overeen.

Hieronder geven we een grove indicatie van de tarieven per prestatie:

- Prestatie 1 / **lage** zorgzwaarte – EUR 75 per week
- Prestatie 2 / **hoge** zorgzwaarte – EUR 275 per week
- Prestatie 3 / **zeer hoge** zorgzwaarte – EUR 750 per week

Deze tarieven zijn berekend op basis van het gemiddeld aantal uren zorg per prestatie op basis van landelijke gegevens van 2013. Daarop is een correctie uitgevoerd voor toevoeging van MSVT, begeleiding bij palliatieve zorg en instroom van extra patiënten door extramuralisering van lichtere intramurale zorg. Deze berekening is ook gebruikt in het rapport uit 2014 – "Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa" door Gupta Strategists.

Informatie uitwisseling

De keuze voor integrale prestaties heeft tot gevolg dat de huidige één-op-één relatie tussen de prestatie en de daadwerkelijke geleverde zorg komt te vervallen. Een aanbieder declareert voor een patiënt met 4 uur zorg dezelfde prestatie als voor een patiënt met 7 uur zorg per week. Om inzicht te krijgen in de geleverde zorg, ontvangen zorgverzekeraars in de declaratiestroom naast de prestaties nog aanvullende gegevens, namelijk:

- Geleverde uren zorg per patiënt
- Ingezet deskundigheidsniveau per uur (niveau 3 of lager, niveau 4 of 5)
- Of er sprake is van een Toeslag zeer hoge zorgzwaarte
- Eventueel: een nog vast te stellen typering van patiënten in doelgroepen; kan onderdeel zijn van gezamenlijke veranderagenda wijkverpleging

Deze informatie is belangrijk om het risico van *upcoding* dat het model met drie weekprestaties meedraagt te kunnen beheersen.

5.2 Toelichting op voorstel bekostiging prestaties waarvoor nu aparte beleidsregel geldt

De wijkverpleging in de Zvw is een brede aanspraak. Daaronder valt een grote diversiteit aan doelgroepen en type patiëntproblemen en daarmee ook een grote diversiteit aan benodigde vormen van zorg. De brede definitie van de aanspraak ('zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden') is een weerspiegeling van de grote reikwijdte en diversiteit van het vak van een wijkverpleegkundige, waarbinnen deze vanuit zijn vakkennis voor elk type patiënt en type patiëntprobleem zoekt naar een oplossing op maat. Deze oplossing kan voor verschillende doelgroepen hetzelfde zijn of juist afwijken. Juist door deze grote diversiteit is het uitgangspunt passend om zo min mogelijk uitzonderingen te maken op de generieke wijze van bekostiging. Anders is voor elke doelgroep al snel een uitzondering te beargumenteren. Met als gevolg een 'kerstboom' met verschillende producten en zorgvormen. Het basisprincipe voor aparte producten is daarom '*nee, tenzij'.*

Met het principe '*nee, tenzij'* als uitgangspunt hebben wij voor specifieke doelgroepen of zorgvormen binnen de verpleging & verzorging bepaald of er aanleiding is om een apart element in de bekostiging (voorlopig) te behouden of nieuw te introduceren.

De onderstaande figuur 21 geeft een overzicht van zorgvormen waarvoor nu een aparte prestatie bestaat in de wijkverpleging. Het gaat om Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT), ketenzorg dementie, AIV, beschikbaarheidsvoorzieningen, wijkgerichte zorg, complexe wondzorg en uitkomstbekostiging.

Overzicht bijzondere doelgroepen en zorgvormen in de wijkverpleging waarvoor nu aparte prestaties bestaan

Doelgroep / zorgvorm	Beknopte toelichting inhoud en – indien relevant – huidige bekostiging
1. MSVT	• Medisch Specialistische Verzorging Thuis, onder verantwoordelijkheid specialist; aparte beleidsregel met aparte tarieven, valt onder budgettair kader MSZ
2. Ketenzorg dementie	• Faciliteren netwerkstructuur ketenzorg dementie, nu via *Beleidsregel Ketenzorg Dementie* • Vaak regionaal in samenwerkingsverbanden georganiseerd, is divers
3. AIV	• Advies, instructie en voorlichting - nu een aparte prestatie in de *beleidsregel V&V* • Belangrijk om mee te nemen vanwege tijdsbesteding en impact op o.a. preventie
4. Beschikbaarheidsvoor-zieningen	• Voorzieningen om altijd te kunnen voldoen aan ongeplande zorgvragen (bereikbaarheid, beschikbaarheid en levering); nu deels via aparte beleidsregel NZa bekostigd, deels als opslag op tarieven in basisprestaties
5. Wijkgerichte zorg	• Afstemming WMO - Zvw in sociale wijkteams (het huidige 'S1'), bekostigd met aparte prestatie • Levering in diverse organisatievormen, verschillen tussen regio's
6. Complexe wondzorg	• Voor de regiefunctie complexe wondzorg bestaat een aparte NZa beleidsregel
7. Uitkomstbekostiging	• Vrije prestatie voor maken van afspraken over uitkomsten: 'Beloning op Maat'

Gupta Strategists

Figuur 21: overzicht bijzondere doelgroepen en zorgvormen die nu aparte bekostiging kennen

MSVT

Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) is verpleegkundige zorg thuis in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Veel thuiszorgaanbieders leveren MSVT, deels met reguliere zorgteams en deels met gespecialiseerde verpleegkundige teams. Ook is er een aantal ziekenhuizen met een contract voor deze zorg: de daadwerkelijke levering van de zorg vindt dan plaats in onderaannemerschap. In sommige gevallen hebben verzekeraars ziekenhuizen gecontracteerd met de gedachte dat zij het volume MSVT goed kunnen beheersen. In de meeste gevallen hebben thuiszorgorganisaties echter een direct contract met de zorgverzekeraar, waar zij de geleverde MSVT direct kunnen declareren.

MSVT is geïntroduceerd in de Zvw voordat de verpleging & verzorging werd overgeheveld vanuit de AWBZ. Daarvoor is een aparte beleidsregel MSVT voor opgesteld. MSVT maakt onderdeel uit van het budgettair kader MSZ. De jaarlijkse uitgaven aan MSVT liggen naar schatting rond de 80 miljoen euro, op basis van

extrapolatie van de schadelast van één grote zorgverzekeraar over het boekjaar 2014. Van dit bedrag valt 25% in de hoog complexe prestatie en 75% in de laag complexe prestatie MSVT. Het maximum uurtarief is gelijk aan het tarief ‘gespecialiseerde verpleging’ in de tariefbeschikking en ligt dus rond de 80 euro per uur.

Wij zien drie opties voor bekostiging van MSVT, namelijk (1) opnemen in reguliere integrale weekprestaties, (2) introductie van aparte weekprestaties voor MSVT of (3) handhaven van huidige aparte uurprestaties.

Wij adviseren om de MSVT op te nemen in de integrale weekprestaties en niet apart te laten bestaan. Dit advies is gebaseerd op vier argumenten:

1. De oorspronkelijke aanleiding voor introductie van een aparte prestatie bestaat niet meer
2. MSVT is zorginhoudelijk geen andere aanspraak volgens artikel 2.10 van het BZ
3. Verschil in verantwoordelijkheid (medisch specialist vs. huisarts) vergt geen aparte bekostiging
4. De administratieve lasten gaan omlaag door MSVT onder te brengen in de integrale prestaties

Wij werken deze argumenten hieronder in meer detail uit.

<u>De oorspronkelijke aanleiding voor introductie van een aparte prestatie bestaat niet meer</u>

Het eerste argument voor integratie in reguliere prestaties is dat de oorspronkelijke reden om MSVT als aparte prestatie te introduceren in de Zvw niet meer valide is. Vóór 2009 werd MSVT gefinancierd vanuit de AWBZ en was een CIZ-indicatie nodig. In 2009 zijn de CIZ regels aangepast waardoor het niet meer nodig was om een CIZ-indicatie te krijgen voor MSVT en de kosten ten laste van de Zvw zijn gebracht. De NZa heeft toen de prestatie MSVT vastgesteld, zodat dit type verpleging vanuit de Zvw bekostigd kon worden. Op dat moment bestond er binnen de Zvw echter nog geen prestatie voor reguliere verpleging. Door de overheveling van verpleging & verzorging naar de Zvw is de prestatie MSVT niet meer noodzakelijk.

<u>MSVT is zorginhoudelijk geen andere aanspraak volgens artikel 2.10 van het BZ</u>

Het tweede argument is principieel. Onder MSVT vallen hoog complexe en laag complexe verpleegkundige handelingen. Voorbeelden van hoog complexe handelingen zijn het toedienen van medicatie via een infuuspomp of het inbrengen van een perifere katheter. Onder de laag complexe handelingen vallen bijvoorbeeld stomazorg bij complicaties, compressief zwachtelen of wondverzorging. Wij constateren dat vrijwel alle handelingen die plaatsvinden in de MSVT ook kunnen voorkomen in de reguliere verpleging en dus niet structureel inhoudelijk verschillen van het normale wijkverpleegkundige vak. Ook in de aanspraak op V&V is er geen verschil tussen reguliere V&V prestaties en de prestaties beschreven in de beleidsregel ‘Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg’. Beide prestaties vallen onder de aanspraak beschreven in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekeringen.

<u>Verschil in eindverantwoordelijkheid (specialist vs. huisarts) vergt geen aparte bekostiging</u>

Een kenmerk van MSVT is dat de eindverantwoordelijkheid van de behandeling bij de medisch specialist ligt. Wij zijn echter van mening dat deze bijzondere verantwoordelijkheid niet betekent dat er ook een

aparte bekostiging nodig is. Het verschil in eindverantwoordelijkheid maakt bijvoorbeeld geen verschil volgens de inhoud van artikel 2.10. Het is uiteraard wel van belang dat veldpartijen onderling heldere afspraken maken over de eindverantwoordelijkheid en bijbehorende werkwijze, die voor zorgverzekeraars inhoudelijk toetsbaar is. Het staat veldpartijen vrij om onderling afspraken te maken om goede zorg te leveren en daarbij procesafspraken te maken over rapportage en eindverantwoordelijkheid; daar hoeft geen aparte prestatie of declaratie aan te pas te komen. Wel is een heldere richtlijn en daarbij behorende werkafspraken belangrijk. Zo zouden verpleegkundigen bijvoorbeeld in het zorgplan goed kunnen vastleggen welke zorg valt onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist of juist onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Als zorgverzekeraars specifieke afspraken willen maken met aanbieders over de inhoud en kwaliteit van (complexe) MSVT, is uitwisseling van informatie mogelijk over het type verpleegkundige handeling, zoals ook nu vastgelegd in de declaraties van MSVT.

<u>De administratieve lasten gaan omlaag door MSVT onder te brengen in de integrale prestaties</u>
Voor de declaratie van MSVT bestaat nu een apart declaratieproces met eigen declaratiecodes. Dit geeft extra administratieve lasten voor zorgaanbieders en verzekeraars. Integratie van MSVT in de integrale prestaties leidt tot meer eenvoud in declaratieverkeer.

Wij adviseren daarnaast om de MSVT over te hevelen van het BKZ medisch specialistische zorg naar het BKZ extramurale V&V. Dit is in lijn met het ‘Advies bekostiging en verpleging en verzorging in de zorgverzekeringswet’ van de NZa van 2015. De reden hiervoor is dezelfde als die voor het opheffen van de aparte prestatie: toen in 2009 de prestatie MSVT werd vastgesteld, was er geen budgettair kader wijkverpleging in de Zvw. Destijds moest het noodgedwongen onderdeel zijn van het budgettair kader tweedelijnszorg. Nu er een budgettair kader voor de wijkverpleging bestaat binnen de Zvw is het mogelijk om MSVT naar dit kader over te hevelen. Een (beperkt) deel van de MSVT zorg is gecontracteerd met ziekenhuizen; ook dit is onderdeel van MSVT en wij adviseren ook dit gedeelte over te hevelen naar het BKZ V&V.

Afsluitend merken wij op dat MSVT vaak wordt gekoppeld aan de wens om zorg in het ziekenhuis naar huis te verplaatsen, de zogenaamde ziekenhuis verplaatste zorg. Wij zien de potentie in termen van kwaliteit en kosten van deze beweging, maar zien MSVT niet als een op lange termijn effectieve oplossing om ziekenhuis verplaatste zorg te financieren. Zorg die valt onder ziekenhuiszorg is immers onderdeel van de bekostiging via DOT’s of zou daar onderdeel van moeten zijn. Als delen van die zorg beter of goedkoper bij mensen thuis geleverd kunnen worden, dan neemt dat niet weg dat de zorg onderdeel uitmaakt van de DOT en thuishoort binnen die bekostiging. Ziekenhuizen kunnen besluiten om een deel van de zorg thuis te leveren, zelf of met een onderaannemer (bijvoorbeeld een thuiszorgaanbieder), mogelijk onder druk van een zorgverzekeraar. Het is geen oplossing om via MSVT een generieke verpleegkundige prestatie te gebruiken om diverse vormen van ziekenhuis verplaatste zorg te declareren, omdat dit (a) zou leiden tot dubbele declaraties (de DOT en MSVT) en (b) geen inzicht geeft in de integrale zorgkosten voor een bepaalde patiëntgroep. Het feit dat MSVT onderdeel uit maakt van het macrokader MSZ doet hier niets aan af, want een individueel ziekenhuis heeft geen prikkel om het macrokader in het algemeen of de uitgaven aan MSVT in het bijzonder te beheersen.

Ketenzorg dementie

De ketenzorg dementie (ofwel de *organisatie* van regionale ketens, niet de *uitvoering* van het casemanagement zelf) is gefinancierd via de Beleidsregel Ketenzorg Dementie als vrij onderhandelbare prestatie in een zogenaamd *kortdurend kleinschalig experiment.* De beleidsregel maakt de bekostiging van netwerkstructuren voor dementiezorg die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld mogelijk, voor zover deze zorg binnen de Zvw valt. De NZa heeft in deze beleidsregel ook aangegeven dat een experiment ketenzorg dementie een maximale duur heeft van één jaar; continueren van het experiment is dus geen optie.

We zien drie opties voor de bekostiging van deze zorg, namelijk (1) opnemen in reguliere integrale weekprestaties, (2) een aparte vrije prestatie voor bekostiging van ketenzorg dementie (zoals nu het geval) of (3) opnemen binnen één generieke prestatie voor niet direct toewijsbare zorg.

Wij adviseren een aparte vrije prestatie te behouden voor bekostiging van ketenzorg dementie (optie 2), omdat de infrastructuur voor de zorg aan mensen met dementie op deze manier het beste is geborgd. Het gaat namelijk het om grote groep kwetsbare patiënten die gebaat is bij een pro actieve benadering en ondersteuning hoe om te gaan met dementie. Hiervoor is het belangrijk om de financiering van ketens in alle regio's te continueren, zodat de samenwerkingsbestanden tussen zorgaanbieders rondom dementie blijven bestaan. Ook vanuit kostenperspectief is de borging van ketenzorg een logisch onderdeel van de bekostiging. Er zijn in Nederland ~260.000 mensen met Alzheimer waarvan een groot deel (~60%) geen formele zorg ontvangt. De zorgkosten van 5 miljard euro zitten voor maar liefst 85% in de kosten van verpleeghuiszorg in de WLZ, zo blijkt uit cijfers van het RIVM (Kosten van Ziekten, 2011). Deze hoge kosten in de eindfase van het ziekteproces legitimeren Investeringen in netwerken die goede ondersteuning aan mensen met dementie eerder in het ziekteproces mogelijk maken. Ketenzorg dementie biedt deze infrastructuur. Door een aparte prestatie in stand te houden is er maximaal zicht op de financiering van de ketens en daarmee een stevige borging van deze infrastructuur. De directe cliëntenzorg door casemanagers ('casemanagement dementie') kunnen organisaties declareren via de reguliere weekprestaties.

AIV (Advies, Instructie, Voorlichting)

De prestatie AIV omvat Advies, Instructie en/of Voorlichting aan patiënten met een chronische aandoening om zelfmanagement te bevorderen. Het gaat in de meeste gevallen om kortdurende zorgverlening die volgens de beleidsregel niet direct samenhangt met andere V&V handelingen bij de patiënt. Het element 'niet direct' onderscheidt de prestatie AIV van de zorg in de reguliere persoonlijke verzorging en verpleging. Daaronder valt namelijk ook instructie en ondersteuning, alleen moet deze 'in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging / verpleging aan de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt'. Kortom: instructie die direct gebonden is aan de persoonlijke verzorging valt onder PV en VP, terwijl instructie die niet direct is gebonden aan PV en VP onder AIV valt. De AIV is onderdeel van de beleidsregel V&V en financiering vindt plaats op basis van geleverde uren zorg, tegen een NZa maximumtarief van 75,25 euro. De prestatie is ontstaan vanuit de behoefte van zorgaanbieders om patiënten die niet in zorg zijn maar wel een vraag hebben van advies of instructie te voorzien.

Zorgaanbieders hebben in 2014 ongeveer 395.000 uur AIV gedeclareerd voor een bedrag van ongeveer EUR 28,9 mln (bron: CBS, MLZstatline.CBS.NL), oftewel ongeveer 1% van de totale zorgkosten in de V&V binnen de Zvw. Het gaat veelal om zorg aan patiënten die verder geen verpleging of verzorging ontvangen, maar het kan ook gaan om patiënten die wel reguliere zorg krijgen, zo blijkt uit declaratiegegevens van zorgaanbieders. AIV wordt bijvoorbeeld ook gebruikt door casemanagers als er (nog) geen indicatie of zorgplan is. In ons advies gaan wij er van uit dat alle zorg die op dit moment mag worden geleverd onder het product AIV een plaats krijgt in de nieuwe bekostiging.

Wij adviseren om AIV op te nemen in de reguliere weekprestaties en niet als aparte prestatie te laten bestaan. Dit advies baseren wij op drie argumenten:

1. De oorspronkelijke aanleiding voor een aparte prestatie voor AIV bestaat niet meer
2. Er bestaat geen duidelijke zorginhoudelijke basis voor een aparte prestatie voor AIV
3. Onderbrenging van AIV in de reguliere weekprestaties biedt praktische voordelen

Wij werken elk argument hieronder in meer detail uit.

<u>De oorspronkelijke aanleiding voor een aparte prestatie voor AIV bestaat niet meer</u>
De introductie van AIV was oorspronkelijk gestoeld op twee redenen: a) het bood de mogelijkheid indicatiestelling door het CIZ te omzeilen en b) het maakte AIV toegankelijker doordat er geen eigen bijdrage betaald hoefde te worden.

Binnen de AWBZ was indicatiestelling van het CIZ een noodzakelijke voorwaarde om thuiszorg te kunnen leveren. Voor één uur instructie voor een patiënt was dat een onevenredig zware procedure, vandaar de oplossing om het product AIV te introduceren waarvoor geen indicatiestelling nodig was. Na de overheveling van de V&V naar de Zorgverzekeringswet is de indicatiestelling door het CIZ echter komen te vervallen, waardoor instandhouding van het aparte product AIV niet meer noodzakelijk is.

Het omzeilen van de eigen bijdrage was van belang, omdat deze zorg een vorm van individueel toewijsbare, patiëntgebonden advies is en bovendien kan gaan om ‘bemoeizorg’ ofwel zorg waar de patiënt niet om gevraagd heeft. Het lijkt niet werkbaar om voor individueel (direct toewijsbaar) advies of bemoeizorg een eigen bijdrage te vragen. De introductie van AIV was een oplossing voor dit probleem, omdat voor de reguliere prestaties verpleging en verzorging altijd een eigen bijdrage was verschuldigd binnen de AWBZ. Ook dit argument voor AIV is komen te vervallen na de overheveling naar de Zvw, omdat er binnen de Zvw voor de wijkverpleegkundige zorg geen eigen bijdrage en geen eigen risico verschuldigd is.

Kortom, twee belangrijke redenen voor de introductie van AIV binnen de AWBZ – omzeilen van de indicatieprocedure via het CIZ en voorkomen van een eigen bijdrage – zijn niet meer van toepassing na de overheveling naar de Zorgverzekeringswet.

<u>Er bestaat geen duidelijke zorginhoudelijke basis voor een aparte prestatie voor AIV</u>

Dat brengt ons bij het tweede argument, dat meer van principiële aard is. Wij constateren dat het onderscheidende element in de definitie van de huidige prestatie AIV niet primair is gelegen in de inhoudelijke definitie van de zorg, namelijk 'Advies, Instructie of Voorlichting'. Deze zorg mag op zich ook geleverd worden binnen de reguliere prestaties. Dat is niet verwonderlijk, aangezien advies, voorlichting en instructie een kernonderdeel zijn van het wijkverpleegkundige vak. Het onderscheidende element in de definitie van AIV zit in de voorwaarde dat de zorg niet direct mag samenhangen met andere verzorgende of verpleegkundige handelingen bij de patiënt. Wij vinden deze definitie inhoudelijk enigszins triviaal: het gaat immers sec om hetzelfde type zorg, die ook past binnen de huidige definitie van de reguliere zorgprestaties. Inclusie van AIV in de reguliere prestaties vergt dan ook een beperkte aanpassing van de prestatiebeschrijvingen, zodat die prestaties ook <u>individuele</u> instructie en voorlichting omvat die niet aan het zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is.

<u>Onderbrenging van AIV in de reguliere weekprestaties biedt praktische voordelen</u>
Het derde argument om AIV op te laten gaan in de reguliere prestaties is dat dit praktische voordelen biedt: meer eenvoud in declaratieverkeer en minder onduidelijkheid over definities van rechtmatigheid. Wij constateren dat het gebruik van AIV in de praktijk divers is. Zo declareren sommige zorgaanbieders AIV ook voor patiënten die reguliere zorg krijgen, terwijl dit eigenlijk niet past binnen de definitie. Ook is er variatie in de hoeveelheid AIV die zorgaanbieders declareren, zo blijkt uit de data. Wij trekken hieruit de conclusie dat het gebruik van AIV als declaratietitel in de eerste plaats afhankelijk is van inkoopafspraken en wijze van contractering. Opname in de reguliere prestaties zou het declaratieverkeer en het toezicht op naleving dan ook eenvoudiger maken.

In de praktijk zullen de huidige uren AIV volledig in de prestatie 'lichte zorgzwaarte' vallen. De impact van het includeren van AIV op de integrale tarieven voor deze prestatie is beperkt. Het aantal patiënten in deze prestatie zal hoger uitvallen dan het in ons rapport vermelde aantal. Echter, de gemiddelde verdeling van uren binnen het product 'lichte zorgzwaarte' is vergelijkbaar met cliënten die AIV ontvangen. Het geadviseerde weektarief van ongeveer 75 euro voor de lichte prestatie is bijna exact gelijk aan het huidige maximumtarief voor een uur AIV (75,25 euro). Een bijstelling van het prestatietarief is derhalve niet nodig.

Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg

Beschikbaarheidsvoorzieningen zijn de infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om te kunnen beantwoorden aan een ongeplande zorgvraag. Hier zitten drie componenten in: (1) bereikbaarheid, (2) beschikbaarheid en (3) levering ongeplande zorg. Deze zorg wordt veelal geleverd door grote regionale thuiszorgaanbieders die marktleider zijn in hun werkgebied. Er is veel regionale variatie in de wijze van organisatie en gemiddelde kosten (rapport uit 2014 – "Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa" door Gupta Strategists).

De financiering van beschikbaarheidsvoorzieningen bedraagt 30 – 55 mln voor heel Nederland en geschiedt vanuit een combinatie van vier bronnen:

- Afspraken zorgverzekeraars (opslag op tarieven): ~33%

- Prestatie ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg: was ~25% in 2014, in 2015 meer vergoeding via opslagen op de tarieven
- Private bijdrage (voor alarmering): ~31%
- Overige bronnen (veelal subsidies): ~11%

Let op: dit betreft bereikbaarheid en beschikbaarheid; levering van ongeplande zorg loopt via de reguliere bekostiging in uren.

We zien drie mogelijkheden voor de bekostiging: (1) opnemen in reguliere prestaties, (2) een aparte vrije prestatie (zoals nu het geval) of (3) opnemen van de beschikbaarheidsvoorzieningen binnen één generieke prestatie voor de niet direct aan patiënten toewijsbare zorg.

We adviseren te kiezen voor (3), waarin de financiering van beschikbaarheidsvoorzieningen is opgenomen binnen één generieke prestatie voor de niet toewijsbare zorg. Dit maakt het mogelijk voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om maatwerk afspraken te maken en doet recht aan de regionale verschillen in manier van organiseren. Het zorgt er ook voor dat er geen extra prestaties ontstaan met een ‘kerstboom’ aan prestaties tot gevolg.

Wijkgericht werken

Wijkgericht werken gaat om de activiteiten van een verpleegkundige die niet direct aan de patiënt toewijsbaar zijn, waarbij er overlap is tussen het wijkverpleegkundige, eerstelijns en sociale domein. Veelal betreft het activiteiten van wijkverpleegkundigen als onderdeel van een sociaal wijkteam. Dat kunnen medewerkers zijn van een bepaalde zorgaanbieder die hiervoor is gecontracteerd of van een daartoe opgerichte coöperatie, waarin verpleegkundigen van verschillende organisaties actief zijn. Het budget voor deze prestatie is op dit moment verdeeld over Wlz-zorgregio’s. Per zorgregio heeft de verzekeraar het budget verdeeld over zorgaanbieders. Dit gaat veelal in nauw overleg met gemeentes.

Wij zien drie mogelijkheden voor bekostiging van deze zorg: (1) opname in de reguliere weekprestaties, (2) een aparte prestatie voor wijkgerichte zorg of (3) opname van deze activiteiten in een generieke prestatie voor niet direct aan patiënten toewijsbare zorg.

Wij adviseren om wijkgerichte zorg op te nemen in een generieke prestatie voor niet direct aan patiënten toewijsbare zorg. Opname in de reguliere prestaties zien wij niet als werkbaar alternatief, omdat het geen ruimte geeft om bijvoorbeeld deelname aan sociale wijkteams te financieren. De uitkomsten van een onderzoek naar de manier waarop invulling wordt gegeven aan de niet toewijsbare wijkgerichte wijkverpleegkundige zorg en de samenwerking tussen de wijkverpleegkundige en andere professionals in de wijk komen in februari 2016 beschikbaar.

Regiefunctie complexe wondzorg

De regiefunctie complexe wondzorg is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt.

Voor de regiefunctie complexe wondzorg heeft de NZA een aparte beleidsregel. De aanbieder kan per patiënt de prestatie regiefunctie complexe wondzorg eenmalig per 12 maanden in rekening brengen. Dit staat los van de inhoud of frequentie van behandeling. De aanleiding voor deze aparte beleidsregel is een experiment van twee zorgaanbieders die met innovatieve behandeling de behandelduur kunnen verkorten.

Voor deze vorm van zorg bestaan drie opties: (1) opname in de reguliere prestaties, (2) behoud van een aparte vrije prestatie of (3) opname in een generieke prestatie voor niet direct aan patiënten toewijsbare (keten)zorg.

Wij adviseren de regiefunctie complexe wondzorg op te nemen in een generieke prestatie voor niet direct aan patiënten toewijsbare zorg. Dit geeft zorgaanbieders en verzekeraars de ruimte om aanvullende afspraken te maken over de regiefunctie complexe wondzorg of andere vormen van ketenzorg.

Uitkomstbekostiging

In 2016 is de prestatie 'Beloning op Maat' geïntroduceerd door de NZa. Het doel van deze prestatie is om verzekeraars en aanbieders ruimte te geven om te belonen op uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit of doelmatigheid en of om innovaties te versnellen. De prestatie is generiek omschreven zodat aanbieders en verzekeraars onderling op lokaal niveau afspraken kunnen maken. Deze prestatie geeft bijvoorbeeld ruimte om samenwerking met huisartsen te stimuleren, waarbij ook in de huisartsenbekostiging op een zelfde manier ruimte is voor aanvullende afspraken. De bekostiging van de basisprestaties stimuleert de zorgaanbieders om de zorg slim in te richten. Maar er zit nog geen beloning in voor goede uitkomsten van zorg, zoals *patient reported outcome-experience measures* (PROM's/PREM´s) of realisatie van behandeldoelen, denk aan versterking van de zelfredzaamheid of een specifiek behandeldoel dat is geformuleerd aan de hand van een patiëntclassificatiesysteem. Ontwikkeling van uitkomstmaten en beloning voor goede prestaties is een essentieel onderdeel van een goed werkend bekostigingsstelsel.

Vanwege het grote belang van uitkomsten en innovatie adviseren wij om de huidige prestatie 'Beloning op Maat' in stand te houden. Er ligt een uitdaging voor alle betrokken partijen om gezamenlijk nader invulling te geven aan het begrip uitkomsten en zo de transitie in de wijkverpleging te ondersteunen.

Naast de uitkomstmaten over de kwaliteit van zorg kan uitkomstbekostiging ook gaan over beloning voor doelmatige zorg. De duur van de zorg is daar een voorbeeld van. In het voorgestelde bekostigingsmodel is er geen directe prikkel om te sturen op duur van de zorg. Wij adviseren om verzekeraars en aanbieders de gelegenheid te geven om hier aanvullende afspraken over te maken binnen de prestatie 'Beloning op Maat'.

5.3 Overige aandachtspunten en onderbouwing voor wijze van bekostiging

Naast de bijzondere zorgvormen waarvoor nu aparte prestaties bestaan is er ook een aantal doelgroepen dat een bijzonder profiel kent maar gewoon bekostigd wordt vanuit de basisprestaties in uren. Het gaat

om verpleegkundige kindzorg, palliatieve zorg, patiënten met hoge zorgzwaarte, het PGB en gespecialiseerde verpleegkundige zorg door specialistische teams. Gezien de grote variatie in zorggebruik van deze doelgroepen werken we met een toeslag voor zeer zware zorg. Met deze toeslag is flexibiliteit in het model ingebouwd waarmee maatwerk mogelijk is voor deze doelgroepen. Figuur 22 vat deze bijzondere doelgroepen of zorgvormen samen.

Overzicht overige bijzondere doelgroepen en zorgvormen in de wijkverpleging waarvoor nu geen aparte prestaties bestaan

Doelgroep / zorgvorm	Beknopte toelichting inhoud en – indien relevant – huidige bekostiging
1. Verpleegkundige kindzorg	• Medische zorg aan kinderen thuis (Verpleegkundig Kinderzorghuis en VKDV apart) • Gespecialiseerde aanbieders leveren zorg aan kleine doelgroep (<3.000 per jaar)
2. Palliatieve zorg	• Intensieve verpleging en verzorging thuis in laatste levensfase, gericht op palliatie • Door meeste zorgaanbieders aangeboden – onderdeel verpleegkundig vak
3. patiënten met hoge zorggebruik	• Er is een 'staart' van ongeveer 12.000 patiënten p/j - waaronder palliatieve doelgroep - die meer dan 2 uur zorg per dag ontvangen (meer dan zorgindicatie VV5 in de WLZ)
4. PGB	• Aparte leveringsvorm voor V&V binnen de Zvw, met mogelijk andere prikkels • Meenemen in bekostigingsmodel is belangrijk voor consistente prikkels
5. Zorg geleverd door specialistische teams	• Specialistische handelingen vallen nu onder 'reguliere' prestaties • Uitvoering kan plaatsvinden in gespecialiseerde teams

Gupta Strategists

Figuur 22: overzicht bijzondere doelgroepen / zorgvormen waarvoor nu geen aparte prestaties gelden

Verpleegkundige kindzorg

Verpleegkundige kindzorg gaat om complexe somatische problematiek of lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn met verpleegkundige handelingen. Verpleegkundige kindzorg bestaat uit drie onderdelen: Verpleegkundig Kinderzorghuizen, Verpleegkundig Kinderdagverblijven en Kinderthuiszorg. Het zijn in de regel speciale gespecialiseerde aanbieders die deze zorg bieden. De Kinderthuiszorg is momenteel bekostigd als onderdeel van de reguliere V&V. Per 2017 komt er een integraal tarief voor de Verpleegkundig Kinderzorghuizen (voorheen kinderhospices) en een integraal tarief voor de Verpleegkundig Kinderdagverblijven. Het veld is daarnaast in het kader van het Project Implementatie MKS (Medisch Kindzorg Systeem) bezig met het ontwikkelen van patiëntprofielen. Deze patiëntprofielen kunnen mogelijk in de toekomst onderdeel worden van het bekostigingsmodel.

Wij zien twee opties voor bekostiging van de kinderthuiszorg: (1) opnemen in de drie nieuwe basisprestaties en daarbij behorende toeslagen of (2) handhaven van een apart uurtje factuurtje systeem voor deze doelgroep.

In de Kinderthuiszorg is veel variatie en er zijn in vergelijking met volwassenen relatief veel kinderen die intensieve zorg nodig hebben. Gezien de mogelijkheid in het voorgestelde model om toeslagen te declareren voor zeer intensieve zorg zijn wij geen reden om apart voor de intensieve kindzorg een uurtje factuurtje model te handhaven. Een apart model zou ook een uitzondering zijn in de bekostiging en daarmee leiden tot extra complexiteit. Daarbij hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om hogere tarieven te hanteren die passen bij het specifieke karakter van de kinderthuiszorg (vanwege de langere reistijden bijvoorbeeld). Zij kunnen immers speciale tarieven vaststellen voor zorgaanbieders die deze zorg leveren, of aanvullende afspraken maken in de vrije prestatie ‘Zorg op Maat’.

Palliatieve thuiszorg

Palliatieve zorg is niet meer gericht op genezing van de patiënt maar op zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Dit kan in het ziekenhuis zijn, in een verpleeghuis, in een hospice maar uiteraard ook thuis. Als het palliatieve zorg thuis betreft, dan loopt de bekostiging via de wijkverpleging uit de Zorgverzekeringswet. In principe leveren alle thuiszorgaanbieders ook palliatief terminale zorg, als onderdeel van het verpleegkundige vak. Sommige, veelal kleinere aanbieders hebben zich in deze doelgroep gespecialiseerd.

Er zijn op dit moment geen aparte prestaties voor deze doelgroep. De twee alternatieven zijn (1) om palliatieve thuiszorg op te nemen in de nieuwe reguliere zorgprestaties (drie weekprestaties plus een toeslag voor zeer intensieve zorg) of om speciaal voor deze doelgroep een uurtje-factuurtje model te handhaven.

We adviseren om palliatieve thuiszorg op te nemen in de prestatiestructuur met drie basisprestaties en de toeslag voor de zeer intensieve zorg. De toeslag maakt het mogelijk om ook voor zeer intensieve zorgvragers een kostendekkende vergoeding te krijgen. Gezien de voornoemde argumenten om af te stappen van uurtje factuurtje model is het niet passend en bovendien niet noodzakelijk om voor deze doelgroep een aparte bekostigingsstructuur in te richten. Bovendien loopt de zorgzwaarte voor palliatieve patiënten zeer sterk uiteen, zo blijkt uit onderzoek van de Universiteit Twente (zie figuur A.I.5). Voor de meeste patiënten past de palliatieve zorg dan ook gewoon binnen de reguliere drie weekprestaties; een toeslag is voor slechts een klein gedeelte van de patiënten nodig.

Zeer intensieve zorg aan patiënten met zware zorgvraag

Er zijn in Nederland ongeveer 12.000 patiënten per jaar met zeer hoge zorgzwaarte. Het profiel van deze groep is divers: het kan gaan om palliatieve zorg, intensieve zorg aan dementerende ouderen en veel thuiszorg met somatische oorzaak. Patiënten met kanker en reuma hebben vaker een hogere zorgzwaarte dan patiënten met andere diagnoses. Bijna alle zorgaanbieders leveren zorg aan patiënten met hoge zorgzwaarte. Sommige kleinere aanbieders zijn waarschijnlijk specifiek gericht op patiënten met zware zorgvraag, zo blijkt uit analyse van het gemiddeld aantal uren zorg per patiënt per zorgaanbieder.

De zeer intensieve zorg valt nu onder de reguliere bekostiging verpleging en verzorging. Financiering is nu gebaseerd op geleverde uren zorg (uurtje-factuurtje), waardoor de tarieven in principe voor elke patiënt kostendekkend zijn. Wij zien twee alternatieven voor de bekostiging van deze groep zware patiënten die

intensieve zorg nodig hebben: (1) opnemen in de nieuwe prestaties (inclusief de Toeslagen) of (2) handhaven van een uurtje-factuurtje model voor de zware doelgroep.

We adviseren om de zeer intensieve zorg op te nemen in de prestatiestructuur met drie weekprestaties en de toeslag per uur voor zeer intensieve zorg. Met deze toeslag is er flexibiliteit om te voorzien in de zorgvraag van zeer hulpbehoevende cliënten. Aanbieders krijgen een kostendekkende vergoeding voor patiënten met hoge zorgzwaarte maar is er geen prikkel om onnodig extra zorg te leveren.

Het persoonsgebonden budget (Pgb)

Het pgb biedt patiënten die aan de voorwaarden voor een Zvw PGB voldoen, de mogelijkheid zelf te bepalen van wie en wanneer zij zorg krijgen. Patiënten krijgen hiervoor een budget toegewezen. Pgb is op dit moment een aparte financieringsstroom binnen de Zvw. Elke aanbieder kan aan patiënten met een Pgb zorg leveren.

Voor bekostiging van het pgb zien we drie alternatieven:

1. Bekostiging volgens het nieuwe model van drie prestaties, ook voor patiënten die nu al een pgb hebben
2. Bekostiging volgens het nieuwe model van drie prestaties, maar behoud van huidige budget voor bestaande PGB houders
3. Bekostiging volgens het nieuwe model, maar met een klein aantal extra sub-prestaties die recht doen aan de individuele verschillen in zorgzwaarte en de individuele aard van het Pgb

Wij adviseren optie (3), bekostiging volgens het nieuwe model met een klein aantal extra sub-prestaties. Dit is ons advies omdat het nieuwe model met slechts drie prestaties is toegesneden op zorgaanbieders met een grotere patiëntenpopulatie, waar de individuele verschillen in zorgzwaarte kunnen uitmiddelen en zorgaanbieders een stimulans krijgen om doelmatig te werken. Zorg via een Pgb gaat echter om *individuele* patiënten met een *individueel* budget. Dan zijn de grote bandbreedtes van ongeveer 0 – 3 uur zorg per week, 3 – 10 uur en 10 – 25 uur groot. Wijkverpleegkundigen stellen de onafhankelijke indicatie voor het Pgb. Door deze indicatie te vertalen naar een product met kleinere bandbreedtes voor het Pgb (wij gaan uit van 6 in plaats van 3 pakketten) krijgen patiënten een passende vergoeding voor de geïndiceerde zorg.

Het <u>theoretische</u> nadeel van deze optie is dat er oneigenlijke prikkels kunnen ontstaan in de keuze tussen de twee leveringsvormen. Zo kan iemand met relatief veel zorg binnen een product kiezen voor een PGB en daarmee een hogere vergoeding krijgen. Door het aantal producten voor PGB te beperken tot 6 in plaats van 3 zal dit risico beperkt zijn, omdat er voor PGB al een korting geldt op het tarief ten opzichte van zorg in natura. Het is wel belangrijk dat zorgverzekeraars patronen in de aanvraag van PGBs in de gaten houden. Dit kunnen zij doen door op basis van de huidige verzekerdenportefeuille een prognose te maken van de PGB's (aantallen, mix en kosten) en te vergelijken met de aangevraagde indicaties.

Specialistische verpleegkundige zorg door specialistische teams

Een aantal zorgaanbieders biedt (een deel van de) specialistische zorg aan via aparte teams met verpleegkundigen die zich gespecialiseerd hebben in een bepaalde doelgroep. Het kan gaan om intensieve oncologische zorg, palliatieve zorg of zorg waarbij specifieke verpleegkundige handelingen centraal staan. Financiering van deze zorg vindt nu plaats vanuit de reguliere bekostiging. Deze zorg is niet apart te duiden en valt waarschijnlijk grotendeels onder het product ‘verpleging speciaal’. Veelal gaat het om zorg met een meer regionale functie, ook aan patiënten die van andere zorgverleners hulp krijgen voor de reguliere zorg.

Voor bekostiging van deze meer specialistische verpleegkundige zorg zien wij twee alternatieven: (1) bekostiging volgens het voorgestelde model met drie prestaties of (2) het huidige uurtje-factuurtje model.

We adviseren om ook voor de gespecialiseerde zorg aan te sluiten bij het voorgestelde bekostigingsmodel. Het model houdt rekening met de hogere kosten van de duurdere verpleegkundigen omdat het opleidingsniveau van de medewerker is meegenomen. Daardoor zullen de hoger opgeleide medewerkers van een specialistisch team een hogere beloning krijgen, net zoals dat nu in het uurtje factuurtje model werkt. Ook stellen wij voor om in de declaratievoorwaarden op te nemen dat het mogelijk is om een aparte prestatie te declareren voor het specialistische deel van de zorg in het geval dat de patiënt in zorg is bij een andere zorgaanbieder. Voorts hebben verzekeraars en zorgaanbieders de ruimte om vergoedingen af te spreken door een hoger tarief of door afspraken in de prestatie ‘Beloning op Maat’.

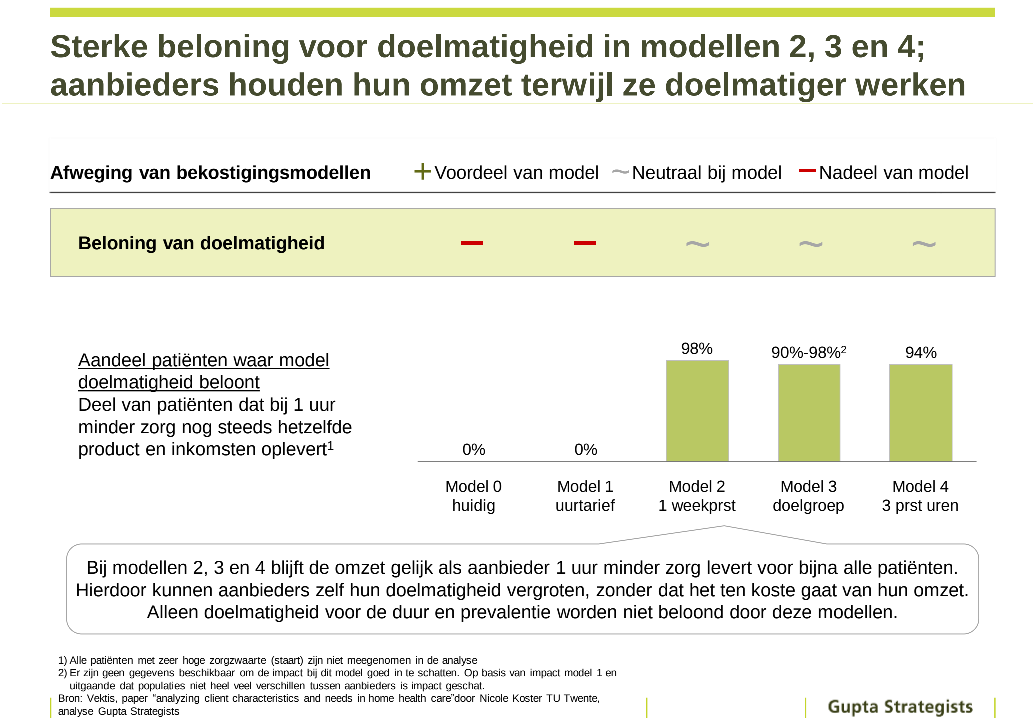
Farmaceutische telezorg en zorg op afstand

De inzet van E-health-toepassingen met bewezen waarde voor de patiënt die onderdeel zijn van de reguliere behandeling, past binnen de integrale zorgprestaties. Denk bijvoorbeeld aan zorg op afstand en beeldschermcommunicatie. De ontwikkeling van nieuwe E-health-toepassingen valt niet onder de integrale prestaties; om innovatie te stimuleren kunnen zorgverzekeraars de vrije prestatie ‘Beloning op Maat’ aanwenden. In het huidige model benadeelt de aanbieder zichzelf in financiële zin door te investeren in toepassingen die het aantal uren zorg verminderen. Omdat in het nieuwe model beloning niet meer per uur plaatsvindt, wordt het voor aanbieders aantrekkelijker om te investeren in e-health-toepassingen.

A. Bijlagen

A.I Bijlage kwantitatieve onderbouwing van afweging bekostigingsmodellen

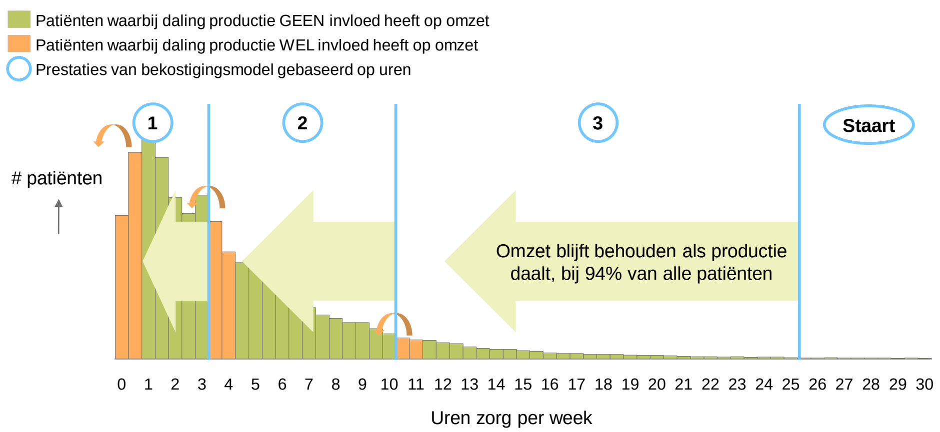
In deze ’bijlage is de afweging van verschillende bekostigingsmodellen kwantitatief onderbouwd met verschillende analyses. Figuren A.I.1 tot en met A.I.11 geven de kwantitatieve analyses achter de scores op de vijf criteria weer.



Figuur A.I.1

Bekostigingsmodel met drie weekprestaties beloont doelmatigheid, omzet blijft gelijk terwijl de inzet kan dalen

Verdeling van patiënten op basis van aantal uren per week
[aantal, %]



1) Alle patiënten met zeer hoge zorgzwaarte (staart) zijn niet meegenomen in de analyse
Bron: Vektis, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

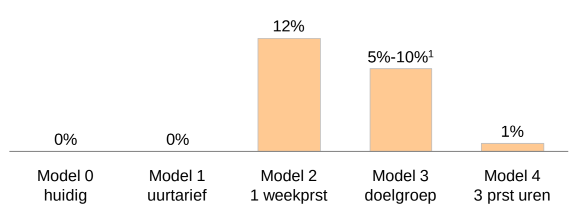
Figuur A.I.2

Risico op sterke onderbehandeling bestaat alleen in de modellen (2) één weekprestatie en (3) doelgroepen

Afweging van bekostigingsmodellen + Voordeel van model ~ Neutraal bij model – Nadeel van model

Risico op onderbehandeling	+	+	–	–	+

Aandeel patiënten met hoog risico op onderbehandeling
% patiënten dat 2x meer zorg krijgt dan het gemiddeld aantal uren – het tarief



Bij modellen 2 en 3 hebben relatief een groot aantal patiënten met hoog risico op onderbehandeling. Bij model 4 is het risico zeer beperkt. Daar krijgt slechts 1% van de patiënten 2x meer zorg dan het gemiddelde en vallen deze patiënten allemaal in de laagste productgroep met zeer beperkte impact.

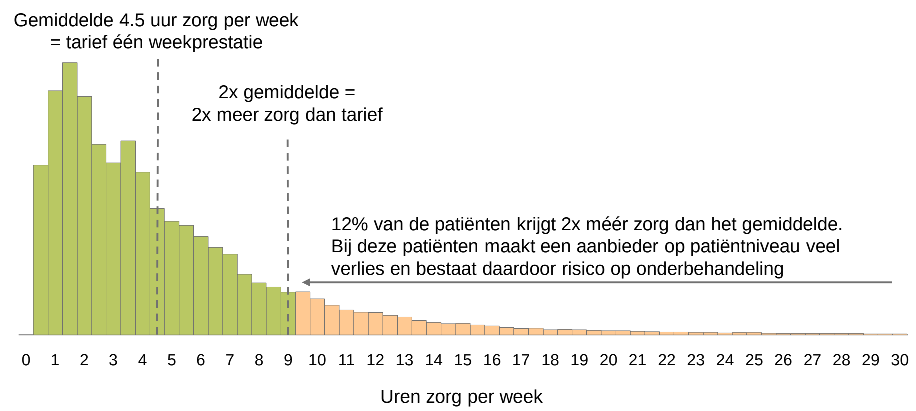
1) Waarde is ingeschat op basis van waardes uit het onderzoek van Nicole Kosten TU-Twente. De waardes zijn een gewogen gemiddelde van de cijfers die zijn gepresenteerd
Bron: Vektis, paper "analyzing client characteristics and needs in home health care"door Nicole Koster TU Twente, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur A.I.3

In model met één weekprestatie bestaat risico op onderbehandeling van zwaardere patiënten

Distributie van patiënten op basis van aantal uur zorg per week
[Aantal klanten ingedeeld naar uren zorg per week; 2015]



Bron: Vektis, analyse Gupta Strategists

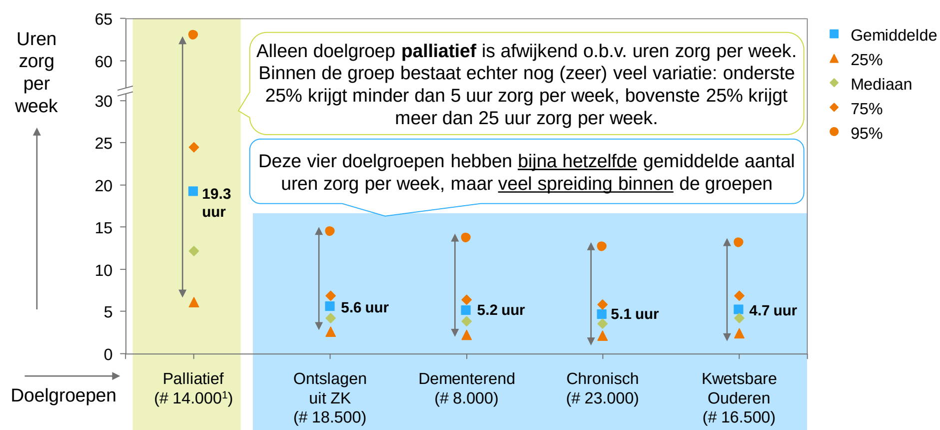
Gupta Strategists

Figuur A.I.4

Weekprestaties o.b.v. doelgroepen geven risico op onderbehandeling, door hoge variatie zorgvraag binnen groepen

VB o.b.v. data fase 1 onderzoek

Gemiddeld aantal uren zorg per week
[uren zorg per week]

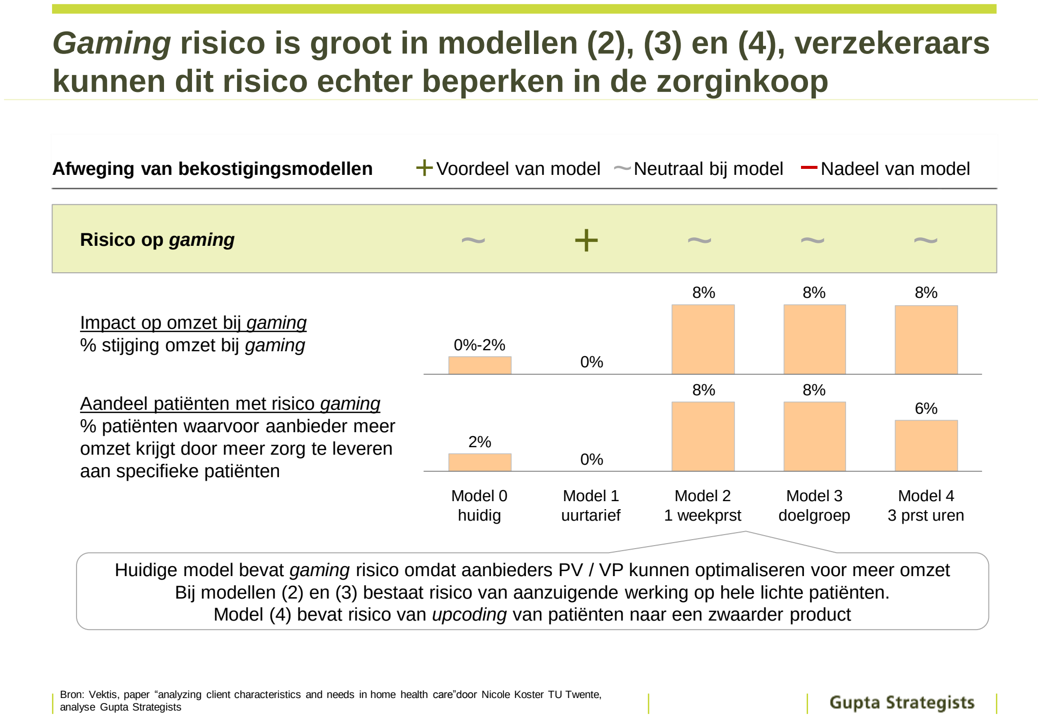


1) Aantal per groep. Groepen zijn overlappend. De waardes zijn hier gewogen gemiddeld voor alle combinatiegroepen die voorkomen in het onderzoek van Nicole Koster

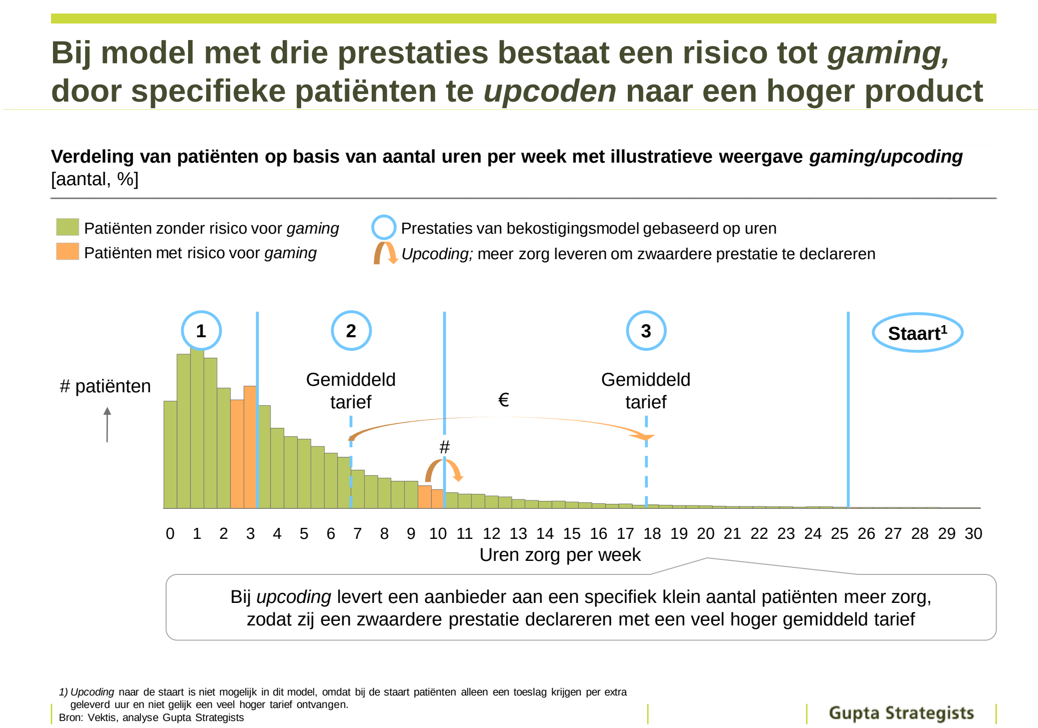
Bron: Buurtzorg gegevens, paper "Analyzing client characteristics and needs in home health care" door Nicole Koster TU Twente, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur A.I.5



Figuur A.I.6



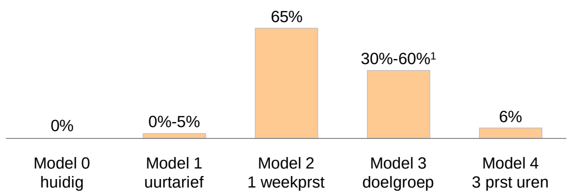
Figuur A.I.7

Omzetverschuiving is voornamelijk groot in modellen (2) één weekprestatie en (3) op basis van doelgroepen

Afweging van bekostigingsmodellen + Voordeel van model ~ Neutraal bij model – Nadeel van model

Omzetverschuiving	n.v.t.	~	–	–	~

Aandeel aanbieders met grote impact
% aanbieders waar impact van invoer nieuw bekostigingsmodel >10% is, zonder aparte afspraken en/of tarieven af te spreken voor die aanbieders



Impact van nieuw bekostigingsmodel op omzet is groot in modellen (2) 1 weekprestatie en (3) doelgroepen. Impact model (1) huidig is klein, er bestaat een relatief klein verschil in kosten per uur tussen aanbieders. Impact in model (4) is ook relatief beperkt zo blijkt uit deze analyse. Door aparte tarieven per aanbieder af te spreken is het mogelijk om de impact te beperken.

1) Er zijn geen gegevens beschikbaar om de impact bij dit model goed in te schatten. Op basis van impact model 1 en uitgaande dat populaties niet heel veel verschillen tussen aanbieders is impact geschat.
Bron: Vektis, paper "analyzing client characteristics and needs in home health care"door Nicole Koster TU Twente, analyse Gupta Strategists

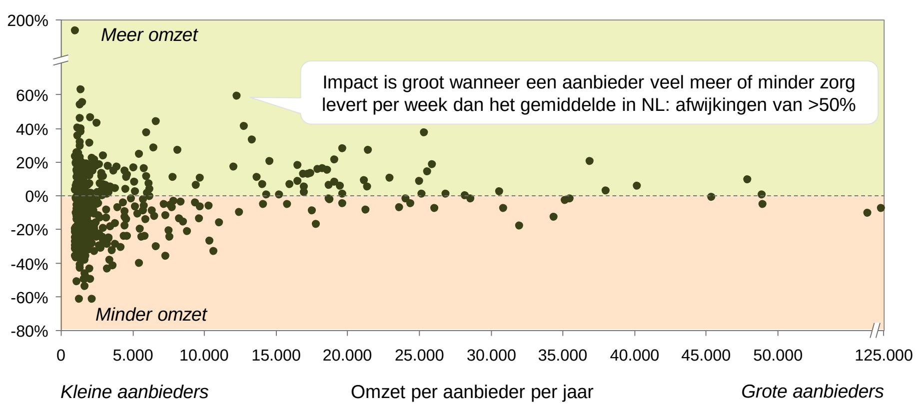
Gupta Strategists

Figuur A.I.8

Impact van introductie model met één weekprestatie op zorgaanbieders is groot, vooral op de kleinere aanbieders

Impact per aanbieder uitgezet ten opzichte van de totale omzet
[% afwijking, EUR x1.000 per jaar[1]]

Directe impact nieuw bekostigingsmodel



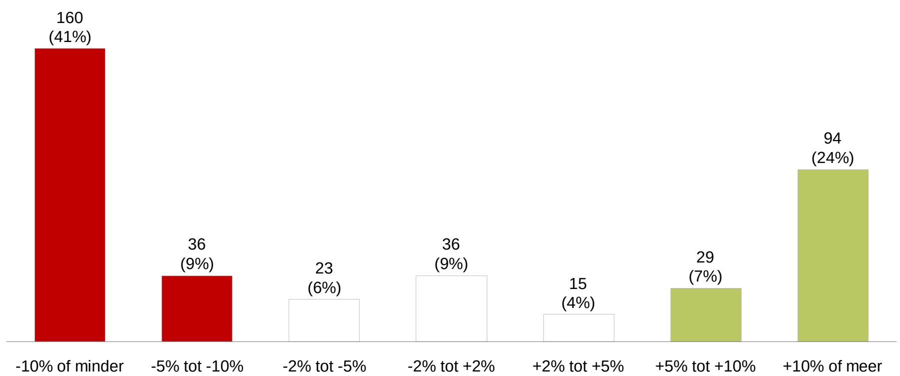
1) Aanbieders in data met lagere omzet dan EUR 1 mln zijn niet meegenomen in analyse
Bron: Vektis, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur A.I.9

Impact van introductie model met één weekprestatie op zorgaanbieders is groot, vooral op de kleinere aanbieders

Aantal aanbieders ingedeeld naar impact door aanpassing financieringsmodel
[aantal zorgaanbieders]



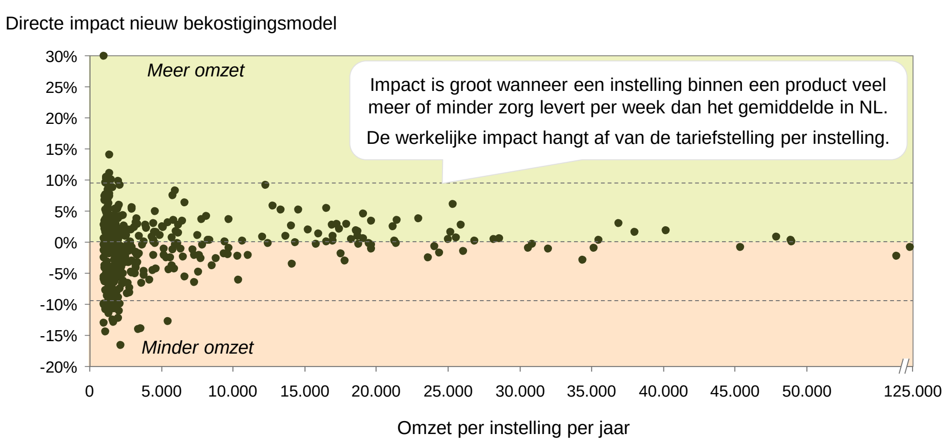
Bron: Vektis, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur A.I.10

De directe impact van 3 weekprestaties ligt binnen 10% bandbreedte bij meeste zorgaanbieders

Impact per zorgaanbieder uitgezet ten opzichte van de totale omzet
[% afwijking, EUR x1.000 per jaar[1]]



1) Instellingen in data met lagere omzet dan EUR 1 mln zijn niet meegenomen in analyse
Bron: Vektis, analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur A.I.11

A.II Bijlage afweging 3 of 5 prestaties

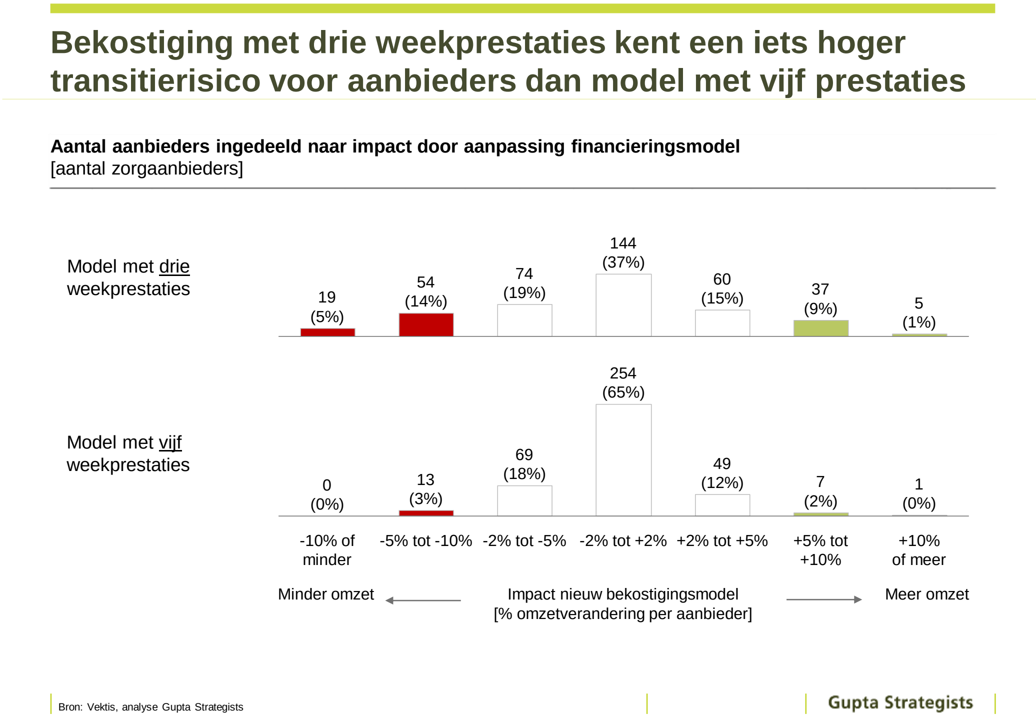
Het voorgestelde bekostigingsmodel bestaat uit drie weekprestaties afgeleid op basis van uren. Een alternatief is een model met vijf prestaties. Hieronder beargumenteren wij die keuze op basis van dezelfde criteria die wij hanteerden in de beoordeling van de andere opties bekostigingsmodellen (model 0 t/m 4).

Het voordeel voor een model met drie prestaties is dat de beloning voor doelmatig werken in dit model scherper is. Immers, hoe groter de range waarbinnen patiënten hetzelfde product krijgen, hoe groter de ruimte om doelmatiger te werken zonder dat de patiënt in een lager product terecht komt. Dit geeft zorgaanbieders meer ruimte om de zorg slimmer in te richten zonder dat dit direct leidt tot een lagere omzet.

Het risico op *upcoding* is ongeveer gelijk voor de opties met 3 en 5 prestaties. Aan de ene kant kent een model met vijf prestaties meer mogelijkheden tot *upcoding*. Er zijn meer patiënten waarvoor geldt dat zij net onder een prestatiegrens zitten. Wanneer aanbieders aan deze patiënten iets meer zorg leveren dan vallen zij in een hoger product met een hoger tarief. Aan de andere kant is het voordeel van *upcoding* per patiënt juist groter in een model met drie prestaties. Daarin is het prijsverschil tussen de prestaties immers groter, waardoor het meer oplevert om patiënten één prestatie hoger te krijgen. Deze twee effecten heffen elkaar op. Het risico op *upcoding* is daarom gelijk.

Een model met drie prestaties kent twee nadelen die grotendeels samenhangen met elkaar. Ten eerste is de kostenhomogeniteit van prestaties lager. De kostenhomogeniteit is uit te drukken in de CV waarde en de variance to mean ratio (VMR). In een model met drie prestaties loopt de CV waarde van 0.54 tot 0.26 voor respectievelijk de lichtste tot de zwaarste prestatie. In een model met vijf prestaties is de CV waarde lager en loopt van 0.50 tot 0.12. De VMR varieert bij een model met drie prestaties van 85 tot 195, bij een model met vijf prestaties is deze gemiddeld 50 voor alle prestaties. Dit betekent dat het verschil in uren zorg tussen patiënten binnen dezelfde prestatie groter is in een model met drie prestaties.

Ten tweede is de impact op de omzet per aanbieder voor een model met drie prestaties groter. Bij een model met drie prestaties is de impact voor 6% van de instellingen groter dan 10%, ten opzichte van minder dan 1% bij een model met vijf prestaties, zie onderstaand figuur. Deze simulatie is gebaseerd op de aanname dat elke aanbieders dezelfde gemiddelde tarieven krijgt. Ook hier geldt dat de impact op de omzet veel groter is bij modellen (2) één weekprestatie en (3) patiëntgroepen, zie figuur A.1.8 in bijlage A. Beide nadelen zijn terug te leiden tot de grotere variatie in zorgzwaarte tussen patiënten en tussen instellingen bij een kleiner aantal prestaties.



Figuur A.II.1: Weergave van impact bekostigingsmodellen met drie en vijf weekprestaties

De argumenten hierboven afwegend adviseren wij een model met drie prestaties. Het voordeel van de prikkel om doelmatiger te werken wegen wij zwaarder dan de nadelen van een lagere kostenhomogeniteit en iets groter transitierisico. Het voordeel van meer ruimte tot doelmatig werken is een criterium dat meer past bij het ondersteunen van de transitie in de wijkverpleging.

A.III Bijlage stellen van grenzen drie prestaties

In het model met drie weekprestaties op basis van uren stellen we de grenzen van zorgzwaartescores 3, 10 en 25 uur voor – gewogen met deskundigheidsniveau van de zorgverlener, zie tabel A.II.1. De bovengrens is zo gesteld dat de Toeslag alleen nodig voor een klein aantal patiënten. Daarnaast is er gekeken naar een optimale verdeling van grenzen. De criteria die hiervoor zijn gebruikt zijn (1) niet teveel patiënten in de prestatie voor lichte zorg, (2) een lage CV waarde voornamelijk voor de lichtste prestatie en (3) een zo laag mogelijke variance-to-mean ratio. De onderstaande tabel laat ter vergelijking een alternatief zien waar de grenzen op 4, 12 en 25 uur liggen.

Voorstel model	Voorstel model	Alternatief model
Grenzen product 1	0 - 3	0 - 4
Grenzen product 2	3 - 10	4 - 12
Grenzen product 3	10 - 25	12 - 25
% patiënten product 1	45%	58%
% patiënten product 2	44%	35%
% patiënten product 3	10%	6%
CV waarde product 1	0.54	0.58
CV waarde product 2	0.34	0.31
CV waarde product 3	0.26	0.21
Gemiddelde variance to mean	114	126

Tabel A.III.1: Onderbouwing van afweging grenzen model drie weekprestaties.